



TAMPEREEN  
AMMATTIKORKEAKOULU

## YKSIN KOTONA

Kirjallisuuskatsaus yksin asuvia vanhuksia mielenterveysongelmille altistavista tekijöistä

Juha Huhtaniemi

Ruusa Lehtonen

Opinnäytetyö  
Lokakuu 2018  
Sairaanhoitaja



## TIIVISTELMÄ

Tampereen ammattikorkeakoulu

Sairaanhoitajakoulutus

HUHTANIEMI JUHA & LEHTONEN RUUSA:

Yksin kotona

Kirjallisuuskatsaus yksin asuvia vanhuksia mielenterveysongelmille altistavista tekijöistä

Opinnäytetyö 46 sivua, joista liitteitä 7 sivua

Lokakuu 2018

---

Opinnäytetyön tarkoituksena oli tuottaa tietoa kirjallisuuskatsauksena niistä tekijöistä, jotka aiheuttavat yksin asuville vanhuksille mielenterveysongelmia. Opinnäytetyön yhteistyökumppanina toimi Tampereen Ammattikorkeakoulu (TAMK). Opinnäytetyön tehtävänä oli selvittää, millaiset tekijät altistavat yksin asuvia vanhuksia mielenterveysongelmille. Opinnäytetyön tavoitteena oli lisätä tietoa mielenterveysongelmien syistä hoitotyössä vanhusten kanssa työskenteleville. Tiedolla voidaan edistää yksin asuvien vanhusten mielenterveysongelmien varhaista havaitsemista ja niihin reagoimista. Tutkimushaut suoritettiin seuraavista elektronisista tietokannoista: Medic, CINAHL ja Medline sekä tutkimushakuja täydennettiin manuaalisella haulla. Kirjallisuuskatsaukseen valittiin yhteensä yhdeksän tutkimusta ja aineisto analysoitiin käyttäen sisällönanalyysiä.

Tutkimuksista ilmeni, että yksin asuminen ja yksinäisyyden tunne aiheuttivat vanhuksille masennusta ja muita mielenterveyden ongelmia. Myös huono-osaisuus elämässä, taloudelliset vaikeudet, naissukupuoli, raihnaisuus, leskeksi jääminen, kokemus tarkoituksen tai sisällön puutteesta elämässä sekä alkoholin liiallinen käyttö aiheuttivat vanhuksille psykiatrisia ongelmia.

Mielenterveyshäiriöt ovat vanhusväestön kasvava ongelma, jota tulisi jatkossa tutkia lisää. Vanhusten kanssa työskentelevien tulisi osata ottaa huomioon vanhusten mielenterveys osana kokonaisvaltaista hoitotyötä. Yhä useammat vanhukset elävät yhä pidempään kotonaan. Yhä suurempi osa heistä elää yksin. Tulevaisuudessa vanhusten kotipalvelussa työskenteleviä tulisi muistuttaa ottamaan työssään huomioon niitä tekijöitä, jotka altistavat vanhuksia mielenterveysongelmille.

---

Asiasanat: vanhus, mielenterveystyö, masennus, yksinäisyys, alkoholi

## **ABSTRACT**

Tampereen ammattikorkeakoulu

Tampere University of Applied Sciences

Degree Programme in Nursing and Health Care

HUHTANIEMI JUHA & LEHTONEN RUUSA:

Home Alone

Reasons for Mental Health Problems of the Elderly People who Live Alone

Bachelor's thesis 46 pages, appendices 7 pages

October 2018

---

The aim of this study was to provide health care professionals working in old people's home care with reasons that cause mental health problems for the elderly people living alone. This study was conducted in co-operation with Tampere University of Applied Sciences. The study was conducted through a literature review with nine research articles included. The collected data were analysed by means of content analysis.

Based on the literature review results there are several factors that expose old people living in solitude to mental suffering and illness, social isolation and feelings of loneliness being the major reasons. Other typical reasons are chronic somatic illness, frailty, sense of lack of meaning or purpose in life, female sex, abuse of alcohol, economic difficulties or being widowed. Since people are living older nowadays and ever-increasing number of people are living alone, problems of mental health are a growing disorder in the western countries and other developed countries such as Japan. Finland is unfortunately no exception.

More research is needed to find the best diagnosing and treatment methods for the growing numbers of elderly people suffering from psychiatric diseases. The fact is that their suffering still remains underdiagnosed and untreated. The people working in the home care with the elderly need to be familiarized with the symptoms of their patient's mental problems in order to make an early and effective intervention possible.

---

Key words: psycho geriatric care, depression, loneliness, abuse of alcohol

## SISÄLLYS

1	JOHDANTO.....	5
2	TARKOITUS, TEHTÄVÄ JA TAVOITE.....	7
3	TEOREETTINEN LÄHTÖKOHTA.....	8
3.1	Vanhusten mielenterveysshoitotyö .....	9
3.1.1	Masennus .....	10
3.1.2	Psykiatriset sairaudet, psykoosi .....	12
3.1.3	Kaksisuuntainen mielialahäiriö.....	13
3.1.4	Alkoholi .....	13
3.1.5	Yksinäisyys.....	16
4	TEOREETTISEEN TIETOOON PAINOTTUVA OPINNÄYTETYÖ.....	18
4.1	Kuvaileva kirjallisuuskatsaus .....	18
4.1.1	Kirjallisuuskatsauksen toteuttaminen .....	19
4.1.2	Kirjallisuuskatsauksen sisällönanalyysi ja laadunarviointi.....	23
5	TULOKSET .....	26
5.1	Millaiset tekijät altistavat yksin asuvian vanhuksia mielenterveysongelmille.....	<b>Virhe. Kirjanmerkkiä ei ole määritetty.</b>
5.1.1	Masennus .....	26
5.1.2	Alkoholi .....	27
5.1.3	Yksinäisyys.....	27
5.1.4	Muita syitä .....	28
6	POHDINTA .....	29
6.1	Tulosten tarkastelu ja johtopäätökset.....	29
6.1.1	Masennus .....	29
6.1.2	Alkoholi .....	29
6.1.3	Yksinäisyys.....	30
6.2	Eettisyys ja luotettavuus .....	31
6.3	Opinnäytetyöprosessi.....	33
6.4	Kehittämisehdotukset .....	34
	LÄHTEET.....	36
	LIITTEET .....	40
	Liite 1. Sisällönanalyysitaulukko .....	40
	Liite 2. Laadunarviointitaulukko.....	43

## 1 JOHDANTO

Nykyään ja tulevaisuudessa yhä useammat iäkkäät asuvat yhä pidempään hyvin huonokuntoisinakin kotona. Yhä useammat heistä asuvat yksin. Mielenterveyden ongelmat tulevat tämän kasvavan kansanosan kohdalla näkyvämmiksi ja vaativat erityistä pohdintaa ja huomioon ottamista. (Saarenheimo 2003, 11).

Suomessa asui tilastokeskuksen mukaan tammikuun 2018 lopussa 5 516 812 ihmistä. (Suomen virallinen tilasto. Väestön ennakkotilasto. 2018) Heistä 65-vuotta täyttäneitä oli vuoden 2017 lopussa 1 179 318 henkilöä. (Suomen virallinen tilasto. Väestörakenne. 2018) Vuoteen 2020 mennessä yli 65 -vuotiaita tulee olemaan 1 264 156. (Suomen virallinen tilasto. Väestö ikäryhmittäin. 2015) Vuonna 2011 yksin asuvista suomalaisista viidesosa oli yli 75 vuotiaita. Kokonaisuudessaan heitä oli lähes 200 000. Yksin asuvien 65 -vuotiaiden määrä ylitti miljoonan jo vuonna 2012. Naisten pidemmän eliniän vuoksi lähes 80% yksin asuvista vanhuksista on naisia. Vanhusten yksin asumisen yleisin syy on leskeksi jääminen. Naimattomuus tai avioero ovat myös yleisiä yksin asumisen syitä. Myös puolison joutuminen laitoshoitoon voi olla yksin asumisen syynä. (Suomen virallinen tilasto. Asunnot ja asuinolot. 2013.)

Joka kymmenes 60-85 -vuotias arvioi, että heidän elämänlaatussa on heikkoa tai he kokivat psyykkistä kuormittuneisuutta. Mielenterveysongelmat, huonoksi koettu fyysinen terveys, riittämätön uni ja tulot sekä yksinäisyys ovat yhteydessä sekä kuormittuneisuuteen että huonoon elämänlaatuun niin miehillä kuin naisilla. (A-klinikkasäätiö. 2017). Kotona asuvien vanhusten psyykkisen toimintakyvyn aleneminen on yhteydessä myös heidän fyysisen ja sosiaalisen toimintakykynsä huononemiseen. Yhdessä nämä tekijät estävät vanhuksen laadukkaan ja turvallisen kotona asumisen ja vaikuttavat keskeisesti laitoshoitoon joutumiseen. Toimintakyky on vanhuksen kotona asumisen ja selviytymisen tärkein kriteeri. (Virkkunen 2001, 10.) Masennuksen esiintyvyyden eläkeikäisillä arvioidaan olevan nykyään 12-13 % ja vakavan masennuksen 2-4 %. Väestörakenteen muuttuessa ja ikäihmisten määrän kasvaessa myös masennuksesta kärsivien vanhusten määrä kasvaa lähivuosina. Vanhimmissa ikäluokissa vakavan masennuksen sekä esiintyvyys että ilmaantuvuus kaksinkertaistuvat. (Saarela 2011, 372.) Suurena epäkohtana voidaan pitää sitä, että vanhukset ovat mielenterveyspalveluiden suhteen todennäköisesti kaikkein huonoimmin resursoitu ihmisryhmä (Saarenheimo 2013, 378).

Ikäihmisillä on heille tyypillisenä erityispiirteenä somaattinen oireilu masennuksen yhteydessä. Tämä somaattinen oireilu voi olla jopa siinä määrin voimakasta, että voi olla vaikea erottaa johtuuko fyysinen oireilu psyykkisestä vaivasta vai psyykinen oireilu fyysisestä sairaudesta. Vanhuksen mielenterveyden tukemisella, hoidolla sekä preventiivisellä mielenterveystyöllä voidaan ennaltaehkäistä monien somaattisten sairauksien syntyä (Heimonen & Pajunen 2012, 127 – 128, 231.)

Opinnäytetyössämme kartoitimme, mitkä tekijät altistavat yksin asuvia vanhuksia mielenterveysongelmille. Aihe on ajankohtainen, sillä julkisessa keskustelussa nousee usein esille huoli vanhusten lisääntyneestä masentuneisuudesta, alkoholin liikakäytöstä sekä yksinäisyydestä. Opinnäytetyö käsitteli kirjallisuuskatsauksena altistavia tekijöitä vanhusten mielenterveysongelmille. Yhteistyötahonamme toimi Tampereen Ammattikorkeakoulu. Kirjallisuuskatsauksena keräämämme aineiston käsittelimme sisällönanalyysin metodologista menetelmää käyttäen. Sisällönanalyysin mukaisesti esittelemme saamamme tulokset ryhmiteltynä taulukkoon alaluokkien, yläluokkien ja pääluokan mukaan.

Tulevina sairaanhoitajina ymmärrämme tämän opinnäytetyöprosessin tehtyämme laajalaisemmin vanhusten mielenterveysongelmia ja tiedostamme niille altistavia tekijöitä. Tämä tieto ja ymmärrys hyödyttävät kokonaisvaltaisesti ammatillista kehitystämme sekä kasvuamme sairaanhoitajaksi.

## 2 TARKOITUS, TEHTÄVÄ JA TAVOITE

Opinnäytetyön tarkoituksena on kartoittaa kuvailevana kirjallisuuskatsauksena niitä tekijöitä, jotka altistavat yksin asuvia vanhuksia mielenterveyden ongelmille.

Opinnäytetyön tehtävänä on:

1. Millaiset tekijät altistavat yksin asuvia vanhuksia mielenterveysongelmille?

Kirjallisuuskatsauksen tavoitteena on lisätä tietoa mielenterveysongelmille altistavista tekijöistä hoitotyössä vanhusten kanssa työskenteleville. Tiedolla voidaan edistää yksin asuvien vanhusten mielenterveysongelmien varhaista havaitsemista ja niihin reagoimista.

### 3 TEOREETTINEN LÄHTÖKOHTA

Kuviossa 1 on esitetty opinnäytetyömme keskeiset käsitteet. Yläkäsitteenä pidämme hoitotyötä. Opinnäytetyön keskeiset avainsanat hahmottuivat perehdyttäessä ideaseminaarivaiheessa alustavasti vanhusten mielenterveysongelmien altistaviin tekijöihin kirjallisuudesta.



KUVIO 1. Opinnäytetyön keskeiset käsitteet

Mielenterveyshäiriöissä varhainen tunnistaminen ja hoidon nopea aloittaminen ovat parhaita keinoja häiriön pitkittymisen ja tilanteen pahenemisen ehkäisemiseksi. Terveystyöhuollon työntekijöillä saattaa olla vaikeuksia tunnistaa mielenterveyden ongelmia, koska he ovat työssään orientoituneet fyysisien sairauksien ja ongelmien hoitoon. Hoitotyö koetaan usein resurssipulan vuoksi kiireiseksi, jolloin hoitotyö rajataan potilaiden kannalta välttämättömimpään hoitoon. Mielenterveys- ja päihdeongelmista kärsivien potilaiden kohtelu terveydenhuollossa ei tällöin toteudu tasa-arvoisesti muiden potilaiden kanssa. (Vuorilehto 2014, 105, 108 – 109.) Varsinkin kotipalveluiden henkilökunta kokee tutkimuksien mukaan, että heillä ei ole kompetenssia ja ammatillisia valmiuksia kohdata psykiatrisia potilaita, mikä johtuu suurelta osin heidän saamansa koulutuksen suppeudesta (Saarenheimo, 2003, 157).



Vanhusten mielenterveyshäiriöillä on usein taustansa yksilön varhaisemmassa elämänhistoriassa. Arvioiden mukaan jopa puolet vanhusten masennuksista liittyisi aiempaan masennushistoriaan. Vanhalla iällä alkava masennus puolestaan on usein oireistoltaan vaikeampi kuin nuorella iällä alkanut masennus. Tutkimusten mukaan 15-25 % yli 65-vuotiaista kärsii lievästä masennuksen oireista, jotka eivät täytä kliinisen depression kriteeriä. Tämä näennäisen lievä oireilu altistaa kuitenkin ikääntyneitä fyysisille sairauksille, lisää huomattavassa määrin peruspalveluiden käyttöä ja johtaa ennenaikaiseen pitkäaikaishoidon tarpeeseen. Lieväkin oireilu voi siten aiheuttaa paljon inhimillistä kärsimystä ja tulla yhteiskunnalle kalliiksi. (Saarenheimo 2013, 375–377.)

### 3.1 Vanhusten mielenterveyshoitotyö

Hyvä mielenterveys auttaa ikääntyneitä elämään laadukkaasti, aktiivisesti ja toimintakykyisesti elämäänsä. Hyvä mielenterveys vahvistaa sekä henkistä että ruumiillista ja myös sosiaalista toimintakykyä. Terve ja laadukas elämä auttavat vähentämään myös vanhuusiän mielenterveysongelmia, muistihäiriöitä kuten myös niistä yhteiskunnalle aiheutuvia kuluja. On useita tekijöitä, jotka voivat edistää mielenterveyttä ja hyvinvointia vanhalla iällä. Monille ikääntyneille hyvät perhesuhteet ovat tärkein mielenterveyttä tukeva tekijä. Positiivisen asenteen säilyttäminen, elämän arvostaminen, väistämättömien muutosten hyväksyminen ja suvaitseminen ovat myös tekijöitä, jotka edistävät hyvinvointia. Halukkuus oppia uutta vielä vanhemmalla iällä sekä kiinnostus luovaan toimintaan lisäävät myös henkistä hyvinvointia. (THL. Ikääntyneiden mielenterveys. 2014.)

Henkinen, fyysinen ja sosiaalinen vuorovaikutus sekä aktiivisuus toisten ihmisten kanssa katsotaan myös erittäin tärkeiksi mielenterveyden ylläpitämisessä. Myös mahdollisuus toteuttaa seksuaalisia tarpeita on ikääntyneille tärkeää. Tärkeitä ovat myös riippumattomuus ja valinnan mahdollisuus muun muassa eläkkeelle jäämisen ja asumisen suhteen. Hyvää mielenterveyttä edistävät myös yhteisön sekä hengelliseen toimintaan osallistuminen. (THL. Ikääntyneiden mielenterveys. 2014.)

Vanhuudenheikkoutta ja haurastumista ei enää nykyään pidetä automaattisesti normaaliin vanhenemiseen kuuluvana ilmiönä. Hauraus-raihnausoireyhtymä (HRO) johtuu ikääntyneen elimistön heikkenemisestä useilla eri tasoilla sekä elinjärjestelmien lisääntyvästä epäjärjestyksestä. Oireyhtymän etiologiaa ei vielä täysin tunneta, mutta sitä arvioidaan esiintyvän jopa 25 – 40 %:lla yli 80-vuotiaista. Heikentynyt ruokahalu, lihasten surkastuminen, osteoporoosi, väsyneisyys, voimattomuus sekä yleinen alentunut vastustuskyky

lisäävät alttiutta terveyden heikkenemiselle, toiminnan vajauksille, kaatuilulle, sairaala- ja pitkäaikaishoidoille sekä kuolemalle. Hauraudesta ja raihnaudesta johtuva yleinen toimintakyvyn lasku on myös merkittävä mielialan laskun sekä masennuksen aiheuttaja. HRO:n tehokkaan hoidon kannalta varsinkin avohoito ja kotisairaanhoido olisivat avainasemassa oireyhtymän varhaisessa tunnistamisessa. (Strandberg 2010, 358 – 359.) Vanhuudelle tyypilliset aistien vajavaisuudet sekä yksinäisyys altistavat helposti myös harhaluuloisuusoireille (Koponen & Leinonen 2014, 681).

Terveyden tunnetuin ja kattavin määritelmä on peräisin Maailman terveysjärjestöltä (WHO). WHO:n (1948) mukaan terveys määritellään seuraavasti:

*”Terveys on täydellisen fyysisen, henkisen ja sosiaalisen hyvinvoinnin tila eikä vain sairauden tai vamman puuttumista”. Määritelmässä tunnustetaan terveyden henkinen, fyysinen ja sosiaalinen ulottuvuus. Lisäksi tunnustetaan, että terveys ei ole ainoastaan sitä, että sairautta tai vammaa ei ole vaan että terveys on positivistista hyvinvointia. Mielenterveyden WHO (2005) puolestaan määrittelee seuraavasti: ”Mielenterveys voidaan ymmärtää hyvinvoinnin tilana, jossa yksilö pystyy toteuttamaan itseään, kestää elämän tavanomaisia rasituksia, pystyy työskentelemään tuottavasti ja tuloksekkaasti ja antamaan oman panoksensa yhteisölle.” (Duodecim. Terveyskirjasto. Terveyden määritelmä. 2018).*

### **3.1.1 Masennus**

Masennus on yleinen työ- ja toimintakykyä alentava psykiatrinen sairaus. Miehistä noin 10% ja naisista jopa 15-20% sairastaa arvioiden mukaan vaikean masennuksen vähintään kerran elämänsä aikana. Terveys 2000 -tutkimukseen haastatelluilla suomalaisilla noin 5 %:lla oli ollut vakava masennustila edeltävän vuoden aikana. (Karila & Kokko 2008, 15 – 22.) Maailmanlaajuisesti depressio aiheuttaa ihmisille enemmän toimintakyvyn menetystä kuin mikään muu sairaus (Sarvimäki, Heimonen & Mäki-Petäjä-Leinonen 2010, 91).

Suomessa masennus on ikäihmisten yleisin mielenterveyden häiriö. Suurelta osin ikäihmisten masennus jää edelleen diagnosoimatta ja hoitamatta. (Koponen & Leinonen 2014, 686; Monteso ym. 2012, 426.) Eläkeikäisistä masennusta on arvioitu esiintyvän 2,5 – 5

% :lla. Lisäksi jopa 15 – 20 % uskotaan kärsivän lievemmistä mielialaoireista. Ikääntyneillä naisilla masennus on miehiä yleisempää. Masennus liittyy vanhuksilla usein johonkin somaattiseen sairauteen ja siihen liittyvään toimintakyvyn laskuun, esimerkiksi aivohalvauksen tai sydäninfarktin jälkitilaan. Dementoivien aivosairauksien alkuvaiheessa masennusta esiintyy jopa 50 – 80 %:lla. Leskeksi jäävistä joka kolmas täyttää aluksi masennuksen kriteerit. Kasaantuvat menetykset, yksinäisyys, yleinen tyytymättömyys elämäntilanteeseen sekä kokemus hyödyllisen roolin menettämisestä ikääntymisen myötä ovat myös tyypillisiä masennuksen riskitekijöitä vanhuksilla. (Leinonen & Koponen 2010, 159.)

Masennushäiriöihin liittyy yksilön kaksinkertainen kuolemanriski, joka voidaan selittää vain osittain fyysisillä sairauksilla tai terveystyötyymisellä. Masennushäiriöitä voidaan täten pitää merkittävänä kansanterveydellisenä ongelmana. Masennuksen ehkäisyyn ja masennusjaksojen hyvään hoitoon on siis syytä kiinnittää mahdollisimman tarkasti huomiota. Tehtyjen tutkimusten ja tilastojen perusteella voidaan arvioida, että 4 - 7 % masentuneista tekee itsemurhan. Masennus lisää tämän lisäksi kuitenkin myös muista sairauksista johtuvien kuolemien sekä tapaturmaisten kuolemien riskiä. Aiheesta viime aikoina tehdyt systemaattiset katsaukset arvioivat masennukseen liittyvän kuolemanriskin noin 1,5 - 1,9 -kertaiseksi. Vaikka suurin osa kuolemista johtuukin muista sairauksista, on masentuneen riski kuolla muuten kuin sairauksiin, esimerkiksi tapaturmiin, itsemurhiin tai henkirikoksiin joka tapauksessa suhteellisesti suurin. Suomessa tehdyssä seurantatutkimuksessa masennuspotilaiden kuolemanriski oli jopa kaksinkertainen, kun muut kuolleisuutta lisäävät tekijät, kuten muut psyykkiset ja fyysiset sairaudet, tupakointi ja paino oli vakioitu. (Markkula & Suvisaari 2017, 275–282.)

Kun puhutaan masennuksesta sairautena, tarkoitetaan kliinistä masennustilaa, johon kuuluu useita erilaisia oireita. Oireet eivät välttämättä esiinny samanaikaisesti. Näitä oireita ovat esimerkiksi pysyvästi masentunut mieliala, kiinnostuksen tai mielihyvän menetys, vähentyneet voimavarat tai poikkeuksellinen väsymys, itseluottamuksen tai -arvostuksen menetys, epärealistinen itsekritiikki tai perusteeton syyllisyyden tunne, toistuvia kuolemaan tai itsetuhoon liittyviä ajatuksia, itsetuhoista käyttäytymistä, päättämättömyyden tai keskittymiskyvyttömyyden tunnetta, psykomotorista hidastumista tai kiihtymistä, unihäiriöitä, ruokahalun ja painon muutoksia. (Karila & Kokko 2008, 16.)

Vanhusten masennus on hoidosta huolimatta usein pitkäkestoinen. Arviolta 10% masennuksista kroonistuu. Pitkittyessään masennus lisää vanhusten riskiä sairastua dementiaan. Myös kuolleisuus kasvaa masennuksesta aiheutuvien itsemurhien sekä sydän- ja verisuonisairauksien vuoksi. Vanhusten itsemurhayritykset onnistuvat huomattavasti useammin kuin nuorempien. Itsemurhan tehneistä vanhuksista vain pieni osa on saanut asianmukaista psykiatrista hoitoa tai lääkitystä masennukseensa. Tämä johtuu siitä, että ikään-tyneillä ihmisillä masennuksen oireet ja itsemurhavaara jäävät usein tunnistamatta. (Leinonen & Koponen 2010, 160–163.)

Masennus on yleisempää henkilöillä, jotka eivät ole parisuhteessa. Suomalaisissa tutkimuksissa parisuhteen puuttumisen on havaittu yhdistyvän akuuttiin masennukseen ja ennustava masennuksen pitkittymistä, mutta ei masennuksen ilmaantuvuutta. Vähentynyt sosiaalinen tuki ja yksinäisyys olisivat tässä mahdollisia välittäviä mekanismeja. Muissa tutkimuksissa on myös havaittu, että mielenterveysongelmista kärsivät ihmiset solmivat avioliittoja harvemmin kuin muut ja vastaavasti myös eroavat parisuhteistaan terveitä useammin. (Markkula & Suvisaari 2017, 275–282.)

Vuorilehdon (2014) mukaan paras keino ongelmien ja oireiden tunnistamiseksi on kysyä niistä suoraan potilaalta itseltään. Depression ja esimerkiksi päihdeongelmien tunnistamiseksi on myös olemassa valmiita ja standardoituja kysymyksiä. Helpoin ja yksinkertaisin masennuksen tunnistusmenetelmä on niin sanottu kahden kysymyksen testi. Potilaalta kysytään, onko hän viimeisen kuukauden aikana tuntenut itsensä alakuloiseksi tai masentuneeksi, tai onko hän menettänyt kiinnostuksensa sellaisiin asioihin, jotka aikaisemmin kiinnostivat? Alkoholi-ongelmista voi saada alustavaa käsitystä niin sanotulla yhden kysymyksen Audit:lla. Potilaalta kysytään, onko hän viimeisen kuukauden aikana juonut kerralla yli 5 (miehet) tai yli 4 (naiset) annosta alkoholia. (Vuorilehto 2014, 109; Sarvimäki, Heimonen & Mäki-Petäjä-Leinonen 2010, 99.)

### **3.1.2 Psykiatriset sairaudet, psykoosi**

Psykoosi on vakava elämänlaatua ja toimintakykyä heikentävä psykiatrinen sairaus. Kun vanhukselle ilmaantuu tyypillisiä psykoosioireita, harhaluuloja tai hallusinaatioita, tavallisin diagnostinen selitys on jokin dementoiva sairaus, erityisesti Alzheimerin tauti tai Lewyn kappale -tauti. Psykoottinen masennus, sekavuustila eli delirium tai johonkin so-

maattiseen sairauteen liittyvä tila ovat nekin tavallisempia kuin varsinainen skitsofreniaryhmän psykoosi. Myös harhaluuloisuushäiriö, epäluuloinen persoonallisuushäiriö tai mania voivat selittää vanhuksen psykoottisia oireita. Delirium-tiloissa ja dementiassa psykoottisia oireita saattaa esiintyä jopa 30-50%:lla. Epäluuloisuusoireita on havaittu 4-6% vanhuksilla. Terveys 2000 -tutkimuksen mukaan skitsofrenian esiintyvyys ikääntyneillä yli 65-vuotiailla oli 0,92%. Suurten ikäluokkien vanhetessa skitsofreniaa sairastavien vanhusten määrän odotetaan kuitenkin jopa kaksinkertaistuvan. (Saarela 2010, 149–152.) Avohoidossa olevilla masentuneilla vanhuksilla psykoottisia masennusoireita on noin 4 %:lla (Talaslahti, Alanen & Leinonen 2011, 375–382; Leinonen & Koponen 2010, 160.)

### **3.1.3 Kaksisuuntainen mielialahäiriö**

Kaksisuuntaista mielialahäiriötä esiintyy vanhuksilla hieman vähemmän kuin nuoremmalla väestöllä. Tällä hetkellä sen esiintyvyyden arvioidaan olevan vanhuksilla 0,1 – 0,5 %. Häiriö on molemmilla sukupuolilla yhtä yleinen. Seuraavien parin vuosikymmenen aikana tätä sairautta sairastavien vanhusten määrän arvioidaan lisääntyvän jopa kolminkertaiseksi väestön ikärakenteen muutoksen seurauksena. Vanhuksen kaksisuuntainen mielialahäiriö on yleensä nuorempina alkaneen sairauden jatkumoa. Jos vanhus sairastuu siihen vasta iäkkäänä, on sairaus silloin yleensä aiheutunut jostain aivo-orgaanisesta syystä, pään vammasta tai aivoverenkierron häiriöstä. (Leinonen & Koponen 2010, 164.)

### **3.1.4 Alkoholi**

Ikääntyneet, yli 60-vuotiaat, käyttävät alkoholia nykyään sekä määrällisesti enemmän että useammin kuin ikäihmiset aikaisemmin. Tämä on johtanut myös ongelmajuomisen määrän lisääntymiseen ja alkoholin liikakäytöstä johtuvien mielenterveysongelmien määrän kasvuun. (Havio, Inkonen & Partanen 2008, 194–196.)

Ikääntyneiden ongelmallinen ja liiallinen päihteiden käyttö ei ole uusi ongelma. Siihen on kuitenkin Suomessa alettu kiinnittää huomiota vasta viime vuosina. Yhdysvalloissa aihetta on tutkittu enemmän jo 1980-luvulta asti. Ihmisten ikääntyessä heidän alkoholinkäyttönsä yleensä pienenee. Ikääntyneillä kohtuukäytön raja tarkoittaa korkeintaan yhtä alkoholiannosta vuorokaudessa. Ikääntyneen ihmisen elimistössä tapahtuvat muutokset lisäävät alkoholin haittavaikutuksia. Ikääntyneiden määrän lisääntyessä lisääntyy myös

ongelmakäyttäjien määrä, koska nykyiset keski-ikäiset ja sitä vanhemmat ovat tottuneet käyttämään enemmän alkoholia kuin heitä edeltävät sukupolvet. Alkoholin käytön absoluuttinen määrä on myös ollut Suomessa kasvussa. Sekä ulkomaisissa että kotimaisissa arvioissa ikääntyneistä 5% arvioidaan olevan alkoholin suurkuluttajia. (Nykky ym. 2010, 6–10.)

Terveys 2000 -tutkimuksessa päästiin sellaisiin tuloksiin, että 65-vuotta täyttäneistä suomalaisista 6100 olisi alkoholiriippuvaisia ja 26 000 alkoholin suurkuluttajia. Molempien lukujen arvioidaan todellisuudessa olevan vielä suuremmat. (Aalto & Holopainen 2008, 1492–1498). Varsinkin tulevaisuudessa vanhuksilla ennakoidaan esiintyvän nykyistä vielä huomattavasti runsaammin sekä alkoholin ongelmakäyttöä että myös alkoholin liiallisesta käytöstä johtuvia mielenterveysongelmia. (Vuorilehto, Larri, Kurki & Hätönen 2014, 193–194; Saarenheimo 2013, 377.)

TAULUKOSSA 1., joka on mukailtu käyttäen Nykkyä ym. (2010, 10–11), on esitetty alkoholin aiheuttamia haittoja ikäihmisen terveydelle. Kuvion psyykkisien haittojen sarakkeesta on helppo havainnollistaa alkoholin mielenterveydelle aiheuttamat haitat.

TAULUKKO 1. Alkoholin aiheuttamia haittoja ikäihmisen terveydelle.

<b>Fyysisiä haittoja</b>	<b>Psyykkisiä haittoja</b>	<b>Sosiaalisia haittoja</b>	<b>Taloudellisia haittoja</b>
Kohonnut verenpaine	Laskenut mieliala	Ihmissuhdeongelmat, yksinäytyminen	Raha-asioiden ongelmat
Aliravitsemus tai ylipaino	Univaikeudet	Kasvanut riski joutua väkivallan kohteeksi	Velkaantuminen
Hygienian laiminlyönti	Muistihäiriöt, heikentynyt kognitio	Syrjäytyminen	Köyhyys
Yleissairauksien huonontunut hoitotasapaino	Mielialan ailahtelu		
Heikentynyt vastustuskyky	Ahdistuneisuus, paniikkihäiriöt		
Maksasairaudet	Masennus		
Fyysinen riippuvuus, vieroitusoireet	Kasvanut itsemurhan vaara		
Yhteisvaikutukset lääkityksen kanssa	Aistiharhat		
Iso- ja pikkuaivojen rappeutuminen	Psykoosi		
	Psyykkinen riippuvuus, vieroitusoireet		

### 3.1.5 Yksinäisyys

Yksinäisyys ei ole pelkästään epämiellyttävä tuntemus, vaan se voi lisätä kuolleisuutta melkein yhtä paljon kuin tupakointi ja jopa enemmän kuin lihavuus tai huono fyysinen kunto. Yksinäisyys huonontaa elimistön puolustusmekanismeja, lisää sydän- ja verisuonitautien riskiä ja neurologisten sairauksien riskiä. On osoitettu, että yksinäisillä ihmisillä tulehdusta säätelevät geenit toimivat väärin siten, että heidän elimistönsä tulehdusreaktiot aktivoituvat. He ovat täten alttiimpia virusinfektioille, kuten esimerkiksi flunssalle, ja heillä on suurentunut korkean verenpaineen riski. Yksinäiset kokevat enemmän stressiä ja heidän sylkensä kortisolimäärä on kohonnut. He ovat myös väsyneitä aamulla, vaikka olisivat nukkuneet normaalin määrän. Yksinäisyys jopa näkyy aivojen toiminnallisissa kuvantamistutkimuksissa. Ventraalisen striatumin aktivaatio on yksinäisillä ihmisillä vähentynyt ja heidän prefrontaalisen aivokuorensa toiminta voi olla häiriintynyt, mikä puolestaan saattaa johtaa sellaisien toimintojen kuten syöminen tai alkoholinkäyttö huonoon hallintaan. Perimä määrää jopa puolet alttiudesta yksinäisyyteen. (Ruuskanen 2011, 754.)

Yksinäisyys kokemuksena voi olla positiivinen ja rentouttava tai negatiivinen ja pakottava, ahdistava sekä sitova. Myönteistä ja kielteistä yksinäisyyttä voidaan kokea myös samaan aikaan. Yksinäisyys voidaan määritellä sekä emotionaaliseksi että sosiaalisesti eristäytyneisyydeksi, joiden kokemus on ihmiselle hyvin subjektiivinen ja tilanteeseen sidonnainen. Negatiivinen yksinäisyyden kokemus on määritelmän mukaan subjektiivinen, kielteinen kokemus tyydyttävien ihmissuhteiden puuttumisesta, mikä aiheuttaa kokijalleen kärsimystä. Suomalaisen tutkimuksen mukaan 74 vuotta täyttäneistä kotonaan tai palveluasunnossa asuvista 39 % kärsi yksinäisyydestä ainakin joskus ja 5 % usein tai aina. Maalla asuvilla oli kaupungissa asuvia useammin yksinäisyyden kokemusta. Hoitolaitoksissa asuvat vanhuksat kärsivät silti myös usein yksinäisyydestä. Iäkkäät naiset ovat usein yksinäisempiä kuin miehet. Myös alhainen koulutus- ja tulotaso altistavat yksinäisyydelle. (Routasalo 2010, 411 – 413.) Joidenkin tutkimuksien mukaan jopa 10% iäkkäistä kärsisi yksinäisyydestä usein (Saarenheimo 2003, 103).



Yksinäisiä on määritelmästä ja mittaustavasta riippuen ikääntyneistä joko vain muutama prosentti tai jopa monta kymmentä prosenttia. Eri tutkimuksissa annetaan varsin paljon toisistaan poikkeavia lukuja. Varsin suuret prosenttiluvut kertovat kuitenkin siitä, että yksinäisyys on todellinen ongelma. Kolmasosalle ikäihmisistä yksinäisyys on jossain määrin ongelma, jopa kymmenelle prosentille vakava uhka terveydelle ja hyvinvoinnille. Pahimmillaan yksinäisyys voi olla yksi keskeinen ihmisen terveyttä ja hyvinvointia heikentävä tekijä. (Lyyra, Pikkarainen & Tiikkainen 2007, 146, 153.)

Yksinäisyyden tunnistaminen voi olla vaikeaa, koska sitä voi esiintyä, vaikka ihmisellä olisi jatkuvasti ympärillään muita ihmisiä. Kontaktit eivät välttämättä kuitenkaan ole kokijalleen riittävän merkittäviä ja sosiaalisesti tyydyttäviä. Yksinäisyyden tunnistamiseen on olemassa omia mittareita, esimerkiksi 20 tai 10 kysymyksen UCLA-mittari tai De Jong Gierveldin mittari. Negatiivisen yksinäisyyden tunnistaminen vanhuksissa olisi tärkeää, sillä yksinäisyys ja sosiaalinen eristäytyneisyys korreloivat vahvasti masentuneisuuden kanssa. Yksinäisyys liittyy myös moniin muihin negatiivisiin terveystekijöihin. Sellaisia ovat heikentynyt fyysinen toimintakyky, näön ja kuulon heikkeneminen, unettomuus, ahdistuneisuus, kognitiivinen häiriö tai dementia, alkoholin ja lääkkeiden käyttö, itsemurhat ja ennenaikainen kuolleisuus. Yksinäisyys heikentää vanhuksen elämänhallintaa sekä elämänhalua ja altistaa pitkittyessään toimintakyvyn heikkenemiselle ja raihnaantumiselle, sairastelulle, laitoshoidolle, dementialle ja ennenaikaiselle kuolleisuudelle. (Routasalo 2010, 412–415.)

## 4 TEOREETTISEEN TIETOON PAINOTTUVA OPINNÄYTETYÖ

### 4.1 Kuvaileva kirjallisuuskatsaus

Kirjallisuuskatsauksia on eri tyyppisiä, kuten narratiivinen, kuvaileva, perinteinen, systemaattinen ja meta-analyysi. Niille on tyypillistä se, että ne ovat sekundaarisia tutkimuksia. Ne eivät luo varsinaisesti uutta tietoa vaan niiden tarkoitus on aiemman tutkimustiedon koonti ja jo olemassa olevien, tarkasti rajattujen ja valikoitujen tutkimuksien kokonaisuuden hahmottelu. Tämä kuvaus sopii myös kuvailevaan kirjallisuuskatsaukseen. Hoito- ja lääketieteellisessä tutkimuksessa kirjallisuuskatsauksilla on vankka asema. (Leino-Kilpi 2007, 2; Johansson ym. 2007, 3–4.) Yhdistämällä erilaisia, samaa aihepiiriä kuvaavia tutkimuksia, voidaan niiden osasista saada alkuperäisiä paloja laajempi kuva. Tutkimus perustuu järjestelmälliseen, tarkasti määrättyyn, rajattuun ja toistettavissa olevaan tiedonhakuun. (Salminen 2011, 5; Tähtinen 2007, 10.)

Kuvaileva kirjallisuuskatsaus on käyttökelpoinen menetelmä halutessa syventää tietoa asioista, joista on olemassa aiempaa tutkimustietoa. Tutkijan päämäärä on tehdä itsenäinen tutkimus keräämällä ja kokoamalla tietoa näistä olemassa olevista tutkimuksista. Tästä keräämästään tiedosta hän tekee synteesin. (Pudas-Tähkä & Axelin, 2007, 46.) Tutkimuksella on spesifi tarkoitus, se perustuu tutkimuskysymykseen tai -ongelmaan, joka ohjaa ja antaa suunnan koko tutkimukselle. Tutkimuskysymyksen perusteella aihe rajataan ja suoritetaan tarkka lähdetutkimusten valinta-, analysointi, ja syntetisointiprosessi. Lähteiksi kelpuutetaan vain relevantit ja tarkoitusta vastaavat korkeatasoiset tieteelliset tutkimukset. (Johansson ym. 2007, 4 – 5.) Tutkimuskysymyksen valinnan jälkeen systemaattisen kirjallisuuskatsauksen tutkimus etenee systemaattisesti suunnittelusta tiedon haun, analysoinnin ja synteesin kautta tulosten raportointiin. Jokainen vaihe on tarkkaan määritelty ja kirjattu virheiden minimoimiseksi sekä tutkimuksen toistettavuuden mahdollistamiseksi. Tutkimuksen eri vaiheet pitää pystyä voida arvioida kriittisesti, jolloin mahdollistuu tutkimuksesta saadun tiedon luotettava arviointi. (Johansson ym. 2007, 5, 53.)

#### 4.1.1 Kirjallisuuskatsauksen toteuttaminen

Kuvailevan kirjallisuuskatsauksen tekeminen etenee loogisesti vaihe vaiheelta. Näitä vaihteita voi määritelmän mukaan olla 7-9. Vaiheet on mahdollista myös jakaa karkeasti kolmeen, jolloin niiden hahmottaminen voi olla yksinkertaisempaa. Ensimmäinen vaihe on katsauksen suunnittelu. Toinen vaihe on katsauksen varsinainen tekeminen. Kolmas vaihe on raportointi. Suunnitteluvaiheessa tarkastellaan aiheen aikaisempaa tutkimusta sekä määritellään katsauksen tarve ja tehdään tutkimussuunnitelma. Suunnitelmasta käy ilmi tutkimuskysymys tai -kysymykset, jotka pyritään muotoilemaan mahdollisimman selkeiksi. Kysymyksen jälkeen valitaan sopiva menetelmä katsauksen tekoon. Tämä vaihe pitää sisällään hakutermien valikoimisen ja tietokantojen valinnan. Hakuun tehdään rajoituksia esimerkiksi julkaisuvuoden ja kielen perusteella. (Johansson ym. 2007, 5-7; Salmi 2011, 10.)

Kirjallisuuskatsauksen tekemisen alkupuolella suunnitteluvaiheessa hahmottelimme itsellemme tutkimussuunnitelman ja päädyimme lopulta vain yhteen mutta mielestämme riittävän kattavaan tutkimuskysymykseen: *”Mitkä tekijät altistavat yksin asuvia vanhuk- sia mielenterveysongelmille?”* Tämän tutkimuskysymyksen ohjaamana valikoimme tarkoituksenmukaiset hakusanat tietokantoihin, joita hakujen tekemisessä käytimme. Englanninkielisten hakusanojen muotoilussa auttoi MeSH-asiasanasto. Testihakuja tehtiin eri tietokantoihin käyttäen valitsemiamme hakusanoja. Testihakujen perusteella lopulliset tietokannat sitten valikoituivat. Tiedonhaussa käyttämiämme tietokantoja olivat CINAHL, Medic ja Medline. Täydentäviä hakuja tehtiin vielä manuaalisesti erikseen. Haut tehtiin vuodenvaihteessa 2017 ja 2018 ja ne tuottivat tuloksenaan yhteensä kaiken kaikkiaan 299 artikkelia. Otsikon perusteella näistä valittiin 24 artikkelia. Abstraktien rajaama artikkelien määrä oli 14 ja lopulliseen tutkimukseen päätyi sisällön perusteella lopulta yhdeksän englanninkielistä artikkelia. Hakujen tulokset on kuvattu TAULUKOSSA 2.

Tietohakujen tekemistä varten laaditaan tarkat sisäänotto- ja poissulkukriteerit. Manuaaliset haut elektronisen tiedonhaun ohessa mahdollistavat kattavamman tiedon hankinnan. Tutkimusten valinnassa on niiden laadun arviointi tärkeää tieteellisen uskottavuuden säilyttämiseksi. Katsauksen tekemisen vaiheessa hankitaan ja valikoidaan tutkittavat lähteet, analysoidaan ne sisällöllisesti tutkimuskysymyksen mukaisesti ja syntetisoidaan saadut tulokset. Huolellinen kirjaaminen on keskeisen tärkeää koko tutkimusprosessin ajan kaikissa vaiheissa, jotta katsaus onnistuu ja sen tuloksia voidaan pitää relevantteina. Viimeisessä vaiheessa tulokset raportoidaan, tehdään niistä johtopäätökset sekä mahdolliset suositukset. (Johansson ym. 2007, 5-7.)

Tietokantoihin tehdyt haut rajattiin sisäänotto- ja poissulkukriteerien avulla (kuvio 2). Ensimmäinen kriteeri oli, että artikkeli käsittelee 80-vuotiaita tai sitä vanhempia ikäihmisiä. Toinen kriteeri oli, että artikkelit käsittelevät yksin asuvia ikäihmisiä. Kolmantena kriteerinä artikkelien kielen piti olla suomeksi tai englanniksi. Neljäntenä kriteerinä aineisto rajattiin koskemaan vain vuosina 2007-2018 julkaistuja artikkeleita. Viides kriteeri oli, että aineisto on kansainvälisessä hoitotyön julkaisussa julkaistu tieteellisesti luotettava ja vertaisarvioitu tutkimusartikkeli tai väitöskirja. Kuudentena kriteerinä pidimme sitä, että tutkimuslähteen koko tekstin piti olla saatavilla ilmaiseksi. Poissulkukriteereinä olivat muu kieli kuin suomi tai englanti, haettua julkaisuaikajankohtaa vanhempi lähde, koko tekstiä ei ollut saatavilla, ei ollut tutkimusartikkeli tai väitöskirja eikä käsitelty yksin asuvia ikäihmisiä. Rajallisen kielitaitomme vuoksi emme pystyneet käyttämään esimerkiksi ruotsinkielisiä tutkimuksia. Tiedostamme lähdemateriaalimme olevan tämän vuoksi rajallista, mikä heikentää opinnäytetyön luotettavuutta. Työhömmme valikoitui lopulta myös 65-vuotiaita ja sitä vanhempia ikäihmisiä käsitteleviä lähteitä. Tähän oli käytännöllisenä syynä pyrkimyksemme laajentaa kirjallisuuskatsauksemme lähdemateriaalia.

Sisäänottokriteerit	Poissulkukriteerit
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aineisto julkaistu vuosina 2007-2018</li> <li>• Käsittelee 80-vuotiaita tai sitä vanhempia yksin asuvia vanhuksia</li> <li>• Maksuton tutkimus</li> <li>• Hoitotieteen julkaisussa julkaistu tieteellisesti luotettava ja vertaisarvioitu tutkimus</li> <li>• Suomen tai englannin kielinen</li> <li>• Saatavilla TAMK:n kirjaston kautta</li> <li>• Koko teksti saatavilla</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ennen vuotta 2007 julkaistu</li> <li>• Käsittelee nuorempia tai kumppanin kanssa asuvia vanhuksia</li> <li>• Maksullinen tutkimus</li> <li>• Ei täytä tieteellisen julkaisun kriteerejä tai ei ole vertaisarvioitu</li> <li>• Muun kuin suomen tai englannin kielinen</li> <li>• Ei ole saatavilla TAMK:n kirjaston kautta</li> <li>• Koko teksti ei ole saatavilla</li> </ul>

KUVIO 2. Sisäänotto- ja ulosjättökriteerit

Seuraavassa taulukossa (taulukko 2) on esitetty tietohakujen tulokset hakukoneittain hakusanojen ja hakutuloksien perusteella.

TAULUKKO 2. Hakusanat ja hakutulokset

Haku- kone	Hakusanat	Ha- ku- tu- lok- set	Otsi- kon perus- teella	Abst- raktin perus- teella	Sisäl- lön pe- rus- teella
CINAHL	(old OR elderly OR aged OR senior OR geriatric) AND (alone OR lonely OR solitude OR isolated) AND ("mental health" OR "mental illness" OR "mental disorder" OR depression OR anxiety OR psychiatric)	89	13	6	5
Medic	(psykiatri* OR vanhuspsykiatri* OR psykogeriatric* OR mielenterveys* OR masennus* OR depression) AND yksin* AND (vanhu* OR ikääntynyt* OR ikäihminen*)	4	2	1	0
Medline	(old OR elderly OR aged OR senior OR geriatric) AND (alone OR lonely OR solitude OR isolated) AND ("mental health" OR "mental illness" OR "mental disorder" OR depression OR anxiety OR psychiatric)	202	5	5	4
Manuaalinen		4	4	2	0

#### 4.1.2 Kirjallisuuskatsauksen sisällönanalyysi ja laadunarviointi

Sisällönanalyysi on laadullisessa tutkimuksessa yleisesti käytetty perinteinen menetelmä, jonka käyttö myös kirjallisuuskatsausten tulosten analyysivaiheessa on yleistä ja perusteltua. Hoitotieteellisessä tutkimuksessa sisällönanalyysiä käytetään paljon. Sen avulla on mahdollista tehdä monenlaista tutkimusta ja analysoida ja samalla kuvata erilaisia aineistoja. Sisällönanalyysin vahvuus on siinä, että sen avulla voidaan analysoida hyvinkin erilaisia lähteitä systemaattisesti ja objektiivisesti. Tutkittavasta ilmiöstä voidaan saada kuvaus tiivistetyssä ja ymmärrettävässä muodossa. Lopullisien johtopäätösten tekeminen aineiston perusteella jää kuitenkin tutkijalle itselleen. (Tuomi & Sarajärvi 2011, 91, 103.)

Laajojakin aineistoja voidaan sisällönanalyysiä käyttäen tiivistää, tutkittavia ilmiöitä voidaan kuvata yleistävästi ja esittää niiden väliset suhteet. Aineiston analysoimisen vaiheet ovat pelkistäminen eli redusointi, ryhmittely eli klusterointi ja kolmantena abstrahointi eli teoreettisten käsitteiden luominen. Aineiston pelkistämässä siitä kiteytetään sen keskeinen perusidea. Näistä eri aineistojen pelkistetyistä sisällöistä ryhmitellään eri kategorioita niiden samankaltaisuuksien tai erilaisuuksien perusteella. Yhteneväiset alakategoriat nimetään saman otsikon alle. Sitten alakategorioita abstrahoidaan laajemman yhteneväisyyden ja kokoavien käsitteiden perusteella yläkategorioiksi. Lopulta yläkategoriat muodostavat pääkategorian. Sisällönanalyysiä on kritisoitu yksinkertaiseksi menetelmäksi, joka ei johda tilastollisien analyysien mahdollisuuteen, mutta toisaalta se on käytännössä toimiva ja sillä voidaan saada tutkittavista aineistoista esiin merkityksiä, seurauksia ja sisältöjä. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 133–139). TAULUKOSSA 3 esitellään sisällönanalyysin prosessia.

TAULUKKO 3. Esimerkki tutkimusten sisällönanalyysistä

Pelkistetty ilmaus	Alaluokka	Yläluokka	Pääloukka
Yksinäiseksi itsensä tuntevilla oli fyysisiä ja psyykkisiä terveysongelmia.	Yksinäisyys	Sosiaalinen eristäytyneisyys	Altistavat tekijät yksinasuvien vanhusten mielenterveysongelmille
Yksinäisistä yli puolet olivat masentuneita, ei-yksinäisistä alle neljäsosa.			
Yksinäisyys on keskeinen ikäihmisten mielenterveyteen vaikuttava tekijä.			
Yksin jääminen kasvattaa ahdistuksen ja masennuksen riskiä yli kolminkertaisesti yli 80-vuotiailla.	Yksin asuminen		
Yksin asuminen altisti vakavasti masennukselle.			

Kirjallisuuskatsauksen laadunarvioinnin vaiheessa käytettyjen tutkimuksien laatu arvioidaan ennen sisällönanalyysiä. Laadunarviointi on välttämätön menetelmä pyrittäessä parantamaan kirjallisuuskatsauksen yleistä uskottavuutta, luotettavuutta ja laadukkuutta.



Laadunarviointia varten päätetään jostain halutusta minimilaatutasosta, jonka tulisi täytyä katsaukseen valittujen tutkimusten osalta. (Kontio & Johansson 2007, 101.) Tutkijoille on tyypillistä hyväksyä käyttöönsä sellaiset lähteet, jotka yltyvät laadunarvioinnissa 50 % :in maksimipisteistä. Sille ei itse asiassa varsinaisesti ole kuitenkaan vielä määritelty yleisesti hyväksyttyä ja eri tutkijoiden jakamaa raja-arvoa, mikä pistemäärä edustaisi heikkoa ja mikä laadullisesti vahvaa lähdettä. (Pölkki ym. 2012, 345.) Omassa kirjallisuuskatsauksessamme valitsimme laadunarvioinnin minimitasoksi tuon yleisesti käytetyn 50 % :n täyttymisen kaikista kriteereistä. Varsinaiset laadunarvioinnin kriteerit valitsimme lähteissä käytettyjen menetelmien perusteella.

Opinnäytetyömme kirjallisuuskatsaukseen päätyneistä artikkeleista lopulta yksikään ei edustanut kvalitatiivista eli laadullista tutkimusta. Yksi artikkeli oli tutkimuskatsaus, jonka arviointiin sovellettiin Suomen Sairaanhoidajaliiton (2004) julkaisemia katsausartikkelin arviointikriteereitä (Kontio & Johansson 2007, 106). Kvantitatiivisten eli määrällisten tutkimusten arvioinnissa puolestaan käytettiin Kontion ja Johanssonin (2007, 104) esittelemiä arviointikriteereitä, jotka puolestaan on mukailtu Van Tulderin ym. (1997) muotoilemista arviointikriteereistä. Liitteessä 2 on esitelty opinnäytetyömme kirjallisuuskatsaukseen valitut yhdeksän artikkelia ja niiden laadunarvioinnoista saamat pisteet.

## 5 TULOKSET

Tuloksien esittely on aina hyvin keskeinen osa opinnäytetyötä. Tässä vaiheessa kirjallisuuskatsauksena koottu tieto esitellään tiivistetyssä ja ymmärrettävässä muodossa lukijalle. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 172.) Olemme jakaneet Tulokset-kappaleen neljään alaotsikkoon, joissa raportoimme saamiamme tuloksia opinnäytetyömme keskeisten käsitteiden mukaisessa järjestyksessä. Nämä keskeiset käsitteet on esitelty työmme teoreettisen lähtökohdan yhteydessä.

Neljäs otsikko, *Muita syitä*, ei kuulunut alkuperäisien keskeisten käsitteiden joukkoon. Pidimme kuitenkin sen mukaan ottamista perusteltuna, koska kaikki löytämämme tulokset eivät sopineet alkuperäisiin kolmeen käsitteeseen. Kun otamme myös nämä muut altistavat tekijät mukaan tuloksiin, saamme monipuolisemman kuvan vanhuksia mielenterveysongelmille altistavista tekijöistä. Opinnäytetyömme on suunnattu kaikille hoitotyössä vanhusten kanssa työskenteleville. Uskomme, että eniten saamistamme tuloksista voivat hyötyä ne, jotka työssään kohtaavat yksin asuvan vanhuksen kotihoidon parissa.

### 5.1.1 Masennus

Kaikista vanhusten mielenterveysongelmista masennus tai depressio tuli tutkimuksissa esille yleisimpänä. Se mainittiin yhteensä kymmenen kertaa niissä lähdeaineistosta pelkistämässämme seitsemässätoista ilmauksessa, joita lähdimme työssämme sisällönanalyysillä käsittelemään. (Cheng ym. 2008, 658; Bilotta ym. 2010, 1030; Hawton ym. 2011, 62; Lin 2011, 1041 – 1042; Fukunaga ym. 2012, 181 – 182; Taube ym. 2015, 440.) Vaikka ahdistuneisuus on tyypillinen ja yleinen mielenterveyden ongelma, se mainittiin tutkimuksissa erikseen vain kerran (Hawton ym. 2011, 62.)

Muissa tutkimuksissa puhutaan yleisemmällä tasolla vain vanhusten mielenterveyden ongelmista tai psyykkisistä terveysongelmista erittelemättä ongelmaa tai sairautta sen tarkemmin. (Losada ym. 2012, 278; Barker ym. 2014, 234-236; Taube ym. 2015, 441; Byles ym. 2016, 144.) On mahdollista, että tutkimuksissa nimeämättä jääneissä mielenterveyden ongelmissa on ainakin osittain myös kysymys masennuksesta. Tällöin masennuksen merkitys vanhusten ongelmana korostuisi entisestään.

### 5.1.2 Alkoholi

Alkoholi valittiin opinnäytetyön yhdeksi keskeiseksi käsitteeksi. Ennako-oletuksemme oli, että alkoholi voisi yhtenä vahvana tekijänä selittää vanhusten mielenterveysongelmia. Tämä ennako-oletus perustui toisaalta opinnäytetyön tekijöiden omiin käsityksiin mielenterveysongelmien syistä, toisaalta tutkimuskirjallisuuteen, jossa alkoholin ja alkoholismin merkitystä on vahvasti korostettu. (Havio, Inkonen & Partanen 2008, 194-196; Saarenheimo 2013, 377; Vuorilehto ym. 2014, 193 - 194).

Taulukkoon 1 olemme keränneet kattavan listan alkoholin aiheuttamia psyykkisiä, fyysisiä, taloudellisia ja sosiaalisia ongelmia. Näistä jokainen osaltaan aiheuttaa vakavia haittoja ikäihmisten terveydelle ja psykofyysiselle hyvinvoinnille. Vanhusten ongelmajuomisen määrän on havaittu suurten ikäluokkien eläköityessä lisääntyneen ja alkoholin liikkäytöstä johtuvien mielenterveysongelmien määrän kasvaneen (Havio, Inkonen & Partanen 2008, 194–196). Lopulta alkoholin liikkäyttö esiintyi vain yhdessä lähteistämme vanhusten psyykkisten ongelmien riskitekijänä (Barker, S. ym. 2014, 236).

### 5.1.3 Yksinäisyys

Yksinäisyys on suomalaisen tutkimuksen mukaan ongelma yli kolmasosalle kotona tai palveluasunnossa asuville ikäihmisille. Jopa kymmenelle prosentille se on vakava uhka niin terveydelle kuin hyvinvoinnillekin. Pahimmillaan yksinäisyys voi olla yksi keskeinen ikääntyvän ihmisen terveyttä ja hyvinvointia heikentävä tekijä. (Lyyra, Pikkarainen & Tiikkainen 2007, 146, 153.) Yksinäisyys ja sosiaalinen eristäytyneisyys aiheuttavat tutkimusten mukaan vanhuksille masentuneisuutta (Routasalo 2010, 412–415).

Opinnäytetyömme tutkimuksista kolme korosti koettua yksinäisyyttä yksin asuvien ikäihmisten mielenterveysongelmien aiheuttajana (Fukunaga ym. 2012, 182; Losada ym. 2012, 278, 284; Taube ym. 2015, 440 – 441). Neljässä tutkimuksessa puolestaan yksin asuminen mainittiin vanhuksille psyykkisen sairastumisen riskitekijänä (Cheng ym. 2008, 658; Bilotta, ym. 2010, 1030; Hawton ym. 2011, 62; Byles ym. 2016, 144).

Maaseudulla asumisen on todettu kasvattavan yksinäisyyden kokemusta. Alhainen koulutustaso ja tulotaso ovat myös sellaisia tekijöitä, jotka altistavat ihmisiä yksinäisyydelle. (Routasalo 2010, 411 – 413). Ihmisen syntymässään saamansa geneettinen perimä voi myös määrätä jopa puolet hänen alttiudestaan yksinäisyyteen (Ruuskanen 2011, 754.)

#### 5.1.4 Muita syitä

Edellä mainittujen lisäksi opinnäytetyöhön analysoiduissa tutkimusartikkeleissa tuli esille myös joitakin muita syitä vanhusten psykiatrisille häiriöille ja ongelmille. Otimme analyysimme kohteeksi niistä sellaisia, joiden katsoimme osaltaan selittävän ja syventävän ymmärrystä ikäihmisten psyykkisistä ongelmista. Yksi sellainen tekijä oli sukupuoli. Yksin asuvilla ikääntyneillä naisilla oli yhden tutkimuksen mukaan selkeästi yksin asuvia miehiä suurempi riski sairastua masennukseen (Lin, 2011, 1041 – 1042).

Raihnainen fyysinen kunto, *frailty*, kasvattaa yhden tutkimuksen mukaan masennuksen riskiä selvästi (Bilotta ym. 2010, 1030). Hauraus-raihnausoireyhtymää on viime vuosien aikana alettu pitää itsenäisenä käsitteenä. Termillä tarkoitetaan geriatriassa vanhuksen yleisen tilan pysyvää heikkenemistä eikä se ole suoraan liitettävissä mihinkään diagno-soituun sairauteen. Raihnaisuudella tarkoitetaan tahatonta laihtumista, vähäistä fyysistä aktiivisuutta, subjektiivista uupumusta sekä hitautta ja lihasten heikkoutta. Raihnaisuus vähentää vanhuksen fyysistä ja psyykkistä toimintakykyä sekä lisää menehtymisen riskiä. (Strandberg ym. 2010, 92).

Muita useita kertoja toistuneita syitä voidaan nimittää vaikkapa yleiseksi huono-osaisuudeksi elämässä. Näitä syitä ovat esimerkiksi taloudelliset huolet ja köyhyys, huonoksi koettu terveys ja somaattinen sairastelu, sosiaalisen tuen sekä ihmissuhteiden puute, tarkempaa määrittelyä vaille jäävät huolet elämässä, ikärasismi ja vanhusten syrjiminen yhteiskunnassa sekä kokemus yleisestä sisällön ja merkityksen tai tarkoituksen puutteesta elämässä. (Fukunaga ym. 2012, 181; Losada ym. 2012, 284; Barker ym. 2014, 234.

## 6 POHDINTA

### 6.1 Tulosten tarkastelu ja johtopäätökset

#### 6.1.1 Masennus

Masennuksen on havaittu olevan yleisin vanhusten mielenterveyden ongelma Suomessa (Leinonen & Koponen 2010, 159). Masennus oli opinnäytetyöhön luetuissa artikkeleissa yleisin ja keskeisin ikäihmisten mielenterveysongelma. Kuudessa artikkelissa yhdeksästä käsitellään masennusta tai depressiota, joilla ehkä tarkoitetaan samaa asiaa. Kyseessä voi olla ero lääketieteellisessä lähestymistavassa, jolloin depressio on kliinisempi ja pitkäaikaisempi diagnoosi. Masennus ja masentuneisuus voivat olla jossain määrin lievempiä tai tilapäisempiä psyykkisiä oireiluja ihmisen elämänkaareissa. Vanhusten masennusta voi olla vaikea tunnistaa, minkä lisäksi se myös kroonistuu herkästi sekä kohottaa riskiä sairastua somaattisesti ja myös menehtyä ennenaikaisesti (Leinonen & Koponen 2010, 160–161).

Masennus ja depressio yhdistyivät opinnäytetyömme artikkeleissa yksinäisyyteen. Yksin asuvilla todettiin olevan parisuhteessa tai kumppanin kanssa asuvia enemmän depressiivisiä oireita, ja yksinäisistä jopa yli puolet olivat toisen tutkimuksen mukaan masentuneita (Taube ym. 2015 440; Cheng ym. 2008, 658). Yksin asumisen tai yksin jäämisen todettiin useissa tutkimuksissa altistavan vanhuksia vakavasti masennukselle ja ahdistukselle (Fukunaga ym. 2012, 182; Hawton ym. 2011, 62). Muita masennukseen yhdistettäviä tekijöitä vanhuksilla olivat vähäinen sosiaalinen tuki, taloudelliset vaikeudet ja yleiset huolet elämässä (Fukunaga ym. 2012, 181). Ikäihmisten henkistä hyvinvointia vähensivät ja masennukselle altistivat myös koettu ikärasismi, huono fyysinen kunto sekä tarkoituksen ja sisällön puute elämässä (Barker ym. 2014, 234; Bilotta ym. 2010, 1030). Huonoksi koettu terveys sekä vanha ikä itsessäänkin saattoivat aiheuttaa masennusta, varsinkin silloin kun ne liittyivät yksinäisyyden tunteeseen (Losada ym. 2012, 284).

#### 6.1.2 Alkoholi

Ikääntyneillä on alkoholin käytössään vanhenemiseen liittyviä fyysisiä ominaispiirteitä. Ikääntymiseen liittyvä elimistön vesipitoisuuden pieneminen ja kehon rasvan osuuden

vastaava kasvaminen aiheuttavat alkoholin jakaantumistilavuuden pienenemistä ja alkoholipitoisuuden kasvamista. Maksan ja munuaisten toimintakyvyn heikkeneminen iän myötä hidastavat alkoholin poistumista elimistöstä. Näistä on seurauksena suurempia haittavaikutuksia iäkkäille alkoholin käyttäjille. Päihteiden sietokyky pienenee ja vieroitusoireet vaikeutuvat. Muistin ja aistitoimintojen normaali ikääntymiseen kuuluva heikkeneminen vahvistuvat alkoholin vaikutuksesta. Myös oppimiseen, keskittymiseen, tarkkaavaisuuteen ja tiedonkäsittelyyn liittyvät ongelmat kasvavat alkoholin käytön seurauksen. Masennus ja päihteiden liikakäyttö ovat vahvasti muistisairauksille altistava yhdistelmä. (Salo-Chydenius 2017.)

Opinnäytetyömme kirjallisuuskatsauksessa alkoholi nousi kuitenkin esille vain yhdessä tutkimuksessa syynä vanhusten mielenterveysongelmille. Tutkimuksessa todettiin viidesosalla ikäihmisistä olevan alkoholin ongelmallista liikakäyttöä. Jos mukaan lasketaan nekin, joiden alkoholin käyttö ylittää riskirajat mutta ei ole muodostunut varsinaiseksi alkoholiongelmaksi, melkein puolella vanhuksista on alkoholin aiheuttama kohonnut riski fyysisille ja psyykkisille terveysongelmille. Alkoholin liiallinen käyttö korreloi vanhusväestöllä myös kohonneen kuolleisuuden kanssa. (Barker ym. 2014, 236.) Vanhusten alkoholiongelmien ja niistä johtuvien mielenterveysongelmien on arvioitu tulevaisuudessa myös kasvavan huomattavasti nykyisestä (Saarenheimo 2013, 377).

Alkoholin liikakäytön vähäinen osuus tutkimuksissa herätti meissä kysymyksiä. Koska alkoholin liiallisen käytön tiedetään aiheuttavan ongelmia mielenterveydelle, olisi voinut olettaa alkoholin tulevan voimakkaammin esille aihepiirin tutkimuksiin perehdyttäessä. Tähän kirjallisuuskatsaukseen valikoituneissa tutkimuksissa alkoholi oli kuitenkin mukana vain satunnaisesti.

### **6.1.3 Yksinäisyys**

Suomessa tehdyn tutkimuksen mukaan kotonaan tai palveluasunnossa yksin asuvista vanhuksista 5 – 39 % kärsii yksinäisyydestä joko toisinaan tai koko ajan (Routasalo 2010, 412). Toisissa tutkimuksissa on osoitettu yksinäisyyden uhkaavan vakavasti paitsi ihmisen elämänlaatua myös hänen kokonaisvaltaista hyvinvointiaan ja terveyttään (Lyyra, Pikkarainen & Tiikkainen 2007, 153). Artikkeleissa, joihin opinnäytetyössämme perehdyimme, yksinäisyys nousi esiin toistuvasti kaikkein keskeisimpänä mielenterveysongel-

mille altistavana tekijänä. Kuudessa artikkelissa yhdeksästä käsiteltiin pääasiallisesti vanhusten yksinäisyyttä. Eräässä tutkimuksessa todettiin, että jopa yli puolet yksinäisistä vanhuksista kärsivät myös psyykkisistä sairauksista (Taube ym. 2015, 440).

Yksinäiseksi itsensä tuntevilla vanhuksilla todettiin olevan enemmän sekä fyysisiä että psyykkisiä terveysongelmia verrattuna niihin, jotka eivät jakaneet samaa tunnetta (Taube ym. 2015, 441). Yksinäisyyden tunne ja kokemus oli niin voimakas altistava tekijä, että toisessa tutkimuksessa sen vaikutuksen ikäihmisten mielenterveyteen havaittiin olevan suorastaan keskeinen (Losada ym. 2012, 278). Iäkkäiden naisten on todettu olevan yksinäisempiä kuin iäkkäiden miesten, mutta yksin asuvilla miehilläkin on suuremmalla todennäköisyydellä mielenterveyden ongelmia kuin niillä, jotka asuvat kumppanin kanssa (Byles 2016, 144; Routasalo 2010, 413). Yhdessä tutkimuksessa sukupuoli osoittautui keskeiseksi mielenterveysongelmille altistavaksi tekijäksi yksin asuvilla vanhemmilla naisilla (Lin 2011, 1041–1042). Verrattuna yli 80-vuotiaiden keskiarvoon, yksin jääminen myöhäisemmässä elämässä kasvatti mielenterveysongelmien riskiä yli kolminkertaiseksi (Hawton 2011, 62).

Vaikka yksin asuva vanhus ei olisi edes kokenut itseään yksinäiseksi, jo pelkkä yksin asuminen itsessään oli mielenterveysongelmille altistava tekijä (Fukunaga ym. 2012, 182). Yksin asuminen korreloi myös vahvasti raihnauuden kanssa mielenterveysongelmia aiheuttavien tekijöiden yhdistelmänä. Yksin asuvilla raihnailla vanhuksilla mielenterveysongelmia oli 71 %:lla. Niillä raihnailla vanhuksilla, jotka eivät asuneet yksin, vastaava luku oli 45%. Samassa tutkimuksessa yksin asuvat vanhukset, jotka eivät olleet raihnaita, kärsivät jostakin mielenterveyden ongelmasta 52 %:n todennäköisyydellä. (Billotta ym. 2010, 1030.) Jälkimmäinen tulos korostaa yksin asumisen ja yksinäisyyden merkitystä fyysisesti normaalikuntoistenkin vanhusten elämänlaatua ja mielenterveyttä vaarantavana tekijänä.

## **6.2 Eettisyys ja luotettavuus**

Tieteellisen tiedon tärkeitä edellytyksiä ovat eettinen hyväksyttävyys, uskottavat tulokset ja luotettavuus. Jotta tieto olisi näiden vaatimusten mukaista, pitää tutkimus tehdä noudattaen hyviä tieteellisiä käytäntöjä. Näihin käytäntöihin kuuluu huolellisesti, rehellisesti ja tarkasti toteutetut tutkimuksen eri vaiheet, tiedon keruu, tutkimustulosten raportointi ja

tulosten arviointi. (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2014.) Omassa opinnäytetyösämme olemme pyrkineet huolellisesti noudattamaan näitä ohjeita.

Tutkimuseettiikka eli hyvän tieteellisen käytännön säännöstö on se tieteellisen yhteisön yhteisesti sopima viitekehys, jota jokaisen tieteellistä tutkimusta tekevän pitää kunnioittaa ja noudattaa. Hyvän tieteellisen käytännön mukaan toimittaessa tieto kerätään eettisesti kestäväällä tavalla. Tutkimusta tehtäessä noudatetaan huolellisuutta, rehellisyyttä ja vilpittömyyttä. Kirjallisuuskatsausta tehtäessä kunnioitetaan lähteitä, heitä ei siteerata tahallisesti väärin eikä heidän sanomisiaan väitetä omiksi mielipiteiksi. Tehdyllä tutkimuksella osoitetaan tutkimusmenetelmien, tiedonhaun sekä tutkimustulosten johdonmukaista hallintaa. Menetelmät, tiedonhaku ja tulosten analysointi raportoidaan huolellisesti, jolloin tutkimus on haluttaessa toistettavissa. Tutkimus tarkastetaan ja julkaistaan hyvän tieteellisen käytännön mukaisesti. Mahdolliset sidosryhmät ilmoitetaan. (Vilka 2015, 41–53.)

Jotta kirjallisuuskatsaus olisi luotettava, pitää sen alusta asti perustua hyvin määriteltyyn tutkimussuunnitelmaan. Tutkimuskysymysten pitää olla riittävän tarkkoja, ja läpi koko prosessin pitää työskentely kirjata huolellisesti. Tutkimuksen pitää myös tarvittaessa tai haluttaessa olla toistettavissa tieteellisen tiedon kriteerien täyttymiseksi. (Pudas-Tähkä & Axelin 2007, 54.) Kirjallisuuskatsauksen materiaalina käytettyjen tutkimusten sisäänotto- ja poissulkukriteerien mahdollisimman tarkka määrittely lisää tutkimuksen luotettavuutta. Opinnäytetyötä tehtäessä luotettavuutta lisää se, että kirjallisuuskatsauksen vaiheita tekemässä ja toistensa työtä tarkistamassa on kaksi tekijää. Tekemällä kirjallisuuskatsauksessa käyttämillemme tutkimuksille laadunarvioinnin, lisäämme opinnäytetyömme yleistä luotettavuutta. (Leino-Kilpi & Välimäki 2012, 369; Johansson ym. 2007, 6.)

Olemme pyrkineet kuvaamaan opinnäytetyöprosessin eri vaiheita riittävän tarkasti. Tämä lisää opinnäytetyön luotettavuuden arviointimahdollisuuksia. Kirjallisuuskatsauksessa käytetyt tutkimukset on haettu luotettavista kansainvälisistä hoitotyön julkaisuista. Käytetyt tutkimusartikkelit ovat korkeintaan kymmenen vuotta vanhoja, mikä tekee niistä tieteellisen uskottavuuden nimissä riittävän ajankohtaisia. (Pudas-Tähkä & Axelin 2007, 53.) Joissakin tapauksissa valitsimme myös vanhempaa materiaalia, jos katsoimme sen olevan edelleen luotettavaa sekä sen käytön olevan perusteltua.



Kirjallisuuskatsauksen lähteiksi valikoitui lopulta pelkästään englanninkielisiä tutkimuksia. Koska englantia ei ole kummankaan opinnäytetyön tekijän äidinkieli, piti lähteisiin perehdyttäessä olla erityisen huolellinen haetun tiedon ymmärtämiseksi. Tuoreiden suomenkielisten tutkimusten löytyminen aiheesta osoittautui hankalaksi. Aihe ei Suomessakaan ole mitenkään uusi tai niin marginaalinen, etteikö siitä olettaisi löytyvän tutkimustietoa. Tutkimuksien sisäänottokriteerit olivat ehkä tältä osin tiukat. Vaatimus koko tekstin löytymisestä sähköisessä muodossa karsi varmasti ulos monia hyödyllisiä tutkimuksia, joihin perehtymiseen opinnäytetyön tekijöiden aika ja resurssit eivät nyt riittäneet.

Teimme opinnäytetyömme käyttäen lähdemateriaalina kansainvälisen tiedeyhteisön julkaisemia tieteellisiä tutkimusartikkeleita. Yksittäisten henkilöiden tunnistamiseen tai luottamuksellisten tietojen vuotamiseen liittyviä eettisiä ongelmia ei siten ole. Opinnäytetyössä käyttämämme materiaali on asianmukaisesti osoitettu viitteillä tutkimustuloksia vääristelemättä. Opinnäytetyön tekemiseen anottiin lupa Tampereen Ammattikorkeakoululta. Tutkimuslupa on yksi keskeinen tutkimusetiikan osa ja myös hoitotieteellisen tutkimuksen lähtökohta. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 221 – 224.)

Opinnäytetyön tekijät tiedostavat hyvin sen, että heidän työnsä suppeudesta johtuen jotkin merkittävätkin tekijät saattavat saada sen vuoksi tuloksissamme todellista vaikuttavuuttaan pienemmän huomion. Alkoholien vähäinen merkitys näissä tutkimuksissa lienee sellainen tulos. Yksinäisyyden korostuminen tuloksissa taas lienee kuitenkin hyvinkin oikean suuntainen. Yksinäisyys, kuten jo aikaisemmin työssämme on monta kertaa todettu, altistaa varsinkin pitkittyessään kokijansa masentuneelle mielialalle ja myös kliiniselle depressoille. Vanhukset ovat ihmisryhmä, joka useista eri syistä johtuen on korostuneessa riskissä jäädä sosiaalisten kontaktien ulkopuolelle varsinkin yksin asuessaan.

### **6.3 Opinnäytetyöprosessi**

Opinnäytetyöprosessimme alkoi keväällä 2017. Kevään ja kesän aikana emme vielä päässeet alkua pidemmälle. Syksyllä 2017 pääsimme yksimielisyyteen opinnäytteen aiheesta. Tarjolla olevista aiheista mikään ei tuntunut meille sopivalta, joten lopulta keksimme aiheen itse. Tässä oli keskeisenä tekijänä halumme saada opinnäytetyöhön jokin mielenterveysalan näkökulma. Halusimme opinnäytetyössämme yhdistää mielenterveystyön ja somaattisen puolen hoitotyön, vaikka lopullisessa opinnäytetyössä fokus onkin ehkä enem-

män mielenterveyden puolella. Työelämäyhteytenämme oli Tampereen Ammattikorkeakoulu, jolta saimme tutkimusluvan opinnäytteellemme suunnitelmaseminaarin jälkeen loppuvuodesta 2017.

Alustavaa tiedonhaku teimme jo syksyllä 2017. Tämän tiedonhaun jälkeen mielessämme alkoi hahmottua jonkinlainen käsitys tutkittavasta aihepiiristä, mikä vaikutti tutkimuskysymyksen lopulliseen muotoiluun. Systemaattinen tiedonhaku suoritettiin loppusyksystä 2017, jolloin löytyi suurin osa opinnäytteeseen lopullisesti valituista tutkimuksista. Täydentävä tiedonhaku ja lähteiden perinpohjainen tarkistus tapahtuivat alkuvuodesta 2018. Tällöin osa valituista lähteistä jäi pois ja muutamia uusia lähteitä löytyi vielä mukaan. Teoriaosan varsinaiseen kirjoittamiseen pääsimme alkuvuodesta 2018.

Koimme opinnäytetyön tekemisen välillä hyvinkin hankalaksi, koska opiskelu työnteon ohella on usein ajankäytön ja yleisen jaksamisen kannalta haastavaa. Opinnäytetyö vaatii kuitenkin vielä huomattavasti enemmän panostusta kuin pelkkä tavallinen opiskelu. Sen vuoksi kirjoitusprosessi ei oikein koskaan ehtinyt päästä kunnolla alkamaan, kun se muista syistä johtuen jäi muutamaksi päiväksi tai pidemmäksikin ajaksi taka-alalle.

Opinnäytetyöllämme oli myös varsin tiukka aikataulu johtuen siitä, että pääsimme kunnolla aloittamaan vasta syksyllä 2017. Vähitellen työ kuitenkin pääsi vauhtiin kevään 2018 kuluessa. Suuri osa ryhmäläisistämme sai oman opinnäytetyönsä valmiiksi jo keväällä, mutta meidän työemme lopullinen valmistuminen siirtyi vielä kesän ylitse syksylle 2018. Ohjaavan opettajan kanssa olimme tekemisissä seminaarien sekä henkilökohtaisten ohjaustapaamisten merkeissä. Häneltä saimme neuvoja ja rohkaisua, kun koko prosessi välillä tuntui pysähtyvän tai ajautuvan umpikujaan.

#### **6.4 Kehittämisehdotukset**

Opinnäytetyömme tavoitteena oli lisätä tietoa mielenterveysongelmien syistä hoitotyössä vanhusten kanssa työskenteleville. Tällä tiedolla voidaan edistää yksin asuvien vanhusten mielenterveysongelmien varhaista havaitsemista ja niihin reagoimista. Maamme vanhusväestön määrä tulee lähivuosina huomattavasti kasvamaan. Samalla yksin kotonaan asuu yhä enemmän ihmisiä yhä huonokuntoisempina yhä pidempään. Tässä ihmisryhmässä mielenterveysongelmat tulevat olemaan kasvava mutta alidiagnosoitu elämänlaatua heikentävä tekijä.

Kotihoidossa työskentelevät tai vanhuksen muuten työssään kotona kohtaavat hoitotyön tekijät kokevat usein olevansa huonosti valmistautuneita tunnistamaan mielenterveyden ongelmia tai riskitekijöitä (Saarenheimo, 2003, 157). Siksi uskomme olevan tärkeää lisätä somaattisen hoitotyön tekijöiden ammattitaitoa mielenterveystyöhön kuuluvalla tietoisuudella ja havainnointikyvyllä. Vanhusten mielenterveydelle koituvien riskien tunnistaminen ja ennaltaehkäisy lisää heidän elämänlaatuaan ja vähentää hoitopäiviä sairaalassa somaattisten vaivojen vuoksi. Tämä aiheuttaa yhteiskunnalle myös huomattavia säästöjä, ja mahdollistaa vanhusten laadukkaan ja turvallisen kotona asumisen yhä pidempään.

Ikäihmisille suunnatut Audit- ja BDI-tutkimukset ovat nopeita toteuttaa ja hoitotyön tekijän helppo omaksua sekä kuljettaa mukanaan, mutta kotihoidossa aktiivisesti käytettyinä ne mahdollistavat vanhuksen elämäntilanteen nopean kartoittamisen. Vanhusten yksinäisyyden arvioimiseen voi käyttää esimerkiksi UCLA-mittaria tai De Jong Gierveldin mittaria.

## LÄHTEET

- Aalto, M. & Holopainen, A. 2008. Ikääntyneiden alkoholin suurkulutuksen tunnistaminen ja hoito. *Duodecim*. 124: 1492-1498.
- Barker, S., Heaslip, V., Chelvanayagam, S. 2014. Addressing older people's mental health needs in the community setting. *British Journal Of Community Nursing*. 19 (5), 234-238.
- Bilotta, C., Case, A., Nicolini, P., Mauri, S., Castelli, M., Vergani, C. 2010. Social vulnerability, mental health and correlates of frailty in older outpatients living alone in the community in Italy. *Aging & Mental Health*. 14 (8), 1024-1036.
- Byles, J., Vo, K., Thomas, L., Mackenzie, L., Kendig, H. 2016. Partner status and mental and physical health of independently living men aged 70 years and older. *Australasian Journal of Ageing*. 35 (2), 143-146.
- Cheng, S-T., Fung, H.H., Chan, A.C.M. 2008. Living status and psychological well-being: Social comparison as a moderator in later life. *Aging & Mental Health*. 12(5). 654–661.
- Duodecim. Terveyskirjasto. Terveysten määritelmä. 2018. Luettu 3.4.2018. [https://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p\\_artikkeli=dlk00903](https://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00903).
- Fukunaga, R., Abe, Y., Nakagawa, Y., Koyama, A., Fujise, N., Ikeda, M. 2012. Living alone is associated with depression among the elderly in a rural community in Japan. *Psychogeriatrics*. 12(3), 179–185.
- Havio, M., Inkonen, M. & Partanen, A. (toim.) 2008. Päihdehoitotyö. Gummerus Kirjapaino Oy. Jyväskylä.
- Hawton, A., Green, C., Dickens, A.P., Richards, S.H., Taylor, R.S., Edwards, R., Greaves, C.J., Campbell, J.L. 2011. The impact of social isolation on the health status and health-related quality of life of older people. *Quality of Life Research*. 20 (1), 57-67.
- Heimonen, S. & Pajunen, H. (toim.) 2012. Mielen terveys vanhuudessa. Edita Prima Oy. Helsinki.
- Johansson, K., Axelin, A., Stolt, M., Ääri, R-L. toim. 2007. Systemaattinen kirjallisuuskatsaus ja sen tekeminen. Turun Yliopisto. Hoitotieteen laitoksen julkaisuja.
- Johansson, K. 2007. Kirjallisuuskatsaukset – huomio systemaattiseen kirjallisuuskatsaukseen. Teoksessa Johansson, K., Axelin, A., Stolt, M. & Ääri, R. L. (toim.) Systemaattinen kirjallisuuskatsaus ja sen tekeminen. Turun yliopisto. Hoitotieteen laitoksen julkaisuja.
- Kankkunen, P. & Vehviläinen-Julkunen, K. 2013. Tutkimus hoitotieteessä. WSOYpro Oy. Helsinki.
- Karila, I. & Kokko, A-M. 2008. Krooninen masennus. Edita Publishing Oy. Porvoo.
- Kaskela, T., Pitkänen, T., Solin, P., Tamminen, N., Valkonen, J. & Kaikkonen, R. 2017. Psykkinen kuormittuneisuus ja elämänlaatu 60-85-vuotiailla. Tietopuu: tutkimussarja

2/2017. A-Klinikkasäätiö. Helsinki. [https://www.a-klinikka.fi/tiedostot/Tutkimus-sarja\\_2\\_2017\\_ElamanlaatuJaKuormitusVanhuus.pdf](https://www.a-klinikka.fi/tiedostot/Tutkimus-sarja_2_2017_ElamanlaatuJaKuormitusVanhuus.pdf). Luettu 13.3.2018.

Kontio, E. & Johansson, K. 2007. Systemaattinen tarkastelu alkuperäistutkimuksien laatuun. Teoksessa Johansson, K., Axelin, A., Stolt, M. & Ääri, R. L. (toim.) Systemaattinen kirjallisuuskatsaus ja sen tekeminen. Turun yliopisto. Hoitotieteen laitoksen julkaisuja.

Koponen, H. & Leinonen, E. 2014. Vanhuspsykiatria. Kirjassa Lönnqvist, J., Henriksson, M., Marttunen, M. & Partonen, T. (toim.) Psykiatria. Kustannus Oy Duodecim. Keuruu.

Leino-Kilpi, H. 2007. Kirjallisuuskatsaus - tärkeää tiedon siirtoa. Teoksessa Johansson, K., Axelin, A., Stolt, M., Ääri, R-L. (toim.) Systemaattinen kirjallisuuskatsaus ja sen tekeminen. Turun Yliopisto. Hoitotieteen laitoksen julkaisuja.

Leino-Kilpi, H. & Välimäki, M. 2012. Etiikka hoitotyössä. Helsinki. Sanoma Pro Oy.

Leinonen, E. & Koponen, H. 2010. Vanhusten mielialahäiriöt. Kirjassa Tilvis, R., Pitkälä, K., Strandberg, T., Sulkava, R., Viitanen, M. (toim.) Geriatria. Kustannus Oy Duodecim. Helsinki.

Lin, P.C. 2011. Factors associated with depressive symptoms among older adults living alone: an analysis of sex difference. *Aging & Mental Health*. 15 (8), 1038-1044.

Losada, A., Márquez-González, M., García-Ortiz, L., Gómez-Marcos, M.A., Fernández-Fernández, V., Rodríguez-Sánchez, E. 2012. Loneliness and mental health in a representative sample of community-dwelling Spanish older adults. *The Journal Of Psychology*. 146 (3), 277-292.

Lyyra, T-M., Pikkarainen, A., Tiikkainen, P. toim. 2007. Vanheneminen ja terveys. Edita Publishing Oy. Tampere.

Markkula, Niina & Suvisaari, Jaana 2017. Masennushäiriöiden esiintyvyys, riskitekijät ja ennuste. *Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim*. 133(3): 275-82.

Monteso, P., Ferre, C., Lleixa, M., Albacar, N., Aguilar, C., Sanchez, A. & Lejeune, M. 2012. Depression in the elderly: study in a rural city in southern Catalonia. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*. 19 (5), 426 – 429.

Nykky, T., Heino, T., Myllymäki, E., Rinne, T. 2010. Ikääntyminen ja päihteet. Ammatillisia kohtaamisia arjessa. Helsinki.

Pudas-Tähkä, S-M., & Axelin, A. 2007. Systemaattisen kirjallisuuskatsauksen aiheen rajaus, hakutermit ja abstraktin arviointi. Teoksessa Johansson, K., Axelin, A., Stolt, M. & Ääri, R. L. (toim.) Systemaattinen kirjallisuuskatsaus ja sen tekeminen. Turun yliopisto. Hoitotieteen laitoksen julkaisuja.

Rolfner-Suvanto, S. 2015. Vanhuspalveluiden ja psykiatrian välimaastossa: mielenterveysongelmista kärsivän ikäihmisen kohtaaminen ja hoito. Helsinki: Suomen Mielenterveysseura.

Routasalo, P. 2010. Yksinäisyys ja eristäytyminen. Kirjassa Tilvis, R., Pitkälä, K., Strandberg, T., Sulkava, R., Viitanen, M. (toim.) Geriatria. Kustannus Oy Duodecim. Helsinki.

Ruuskanen, O. 2011. Yksinäisyys on vaarallista terveydelle. *Läketieteellinen Aikakauskirja Duodecim*. 127(8): 754.

Saarela, T. 2010. Psykoottinen vanhus. Kirjassa Tilvis, R., Pitkälä, K., Strandberg, T., Sulkava, R., Viitanen, M. (toim.) *Geriatría*. Kustannus Oy Duodecim. Helsinki.

Saarela, T. 2011. Vanhusikäisten masennuksen yleisyys ja riskitekijät. Kirjassa Heiskanen, T., Huttunen, M. & Tuulari, J. (toim.) *Masennus*. Kustannus Oy Duodecim. Hämeenlinna.

Saarenheimo, M. 2003. Vanhuus ja mielenterveys. *Arkielämän näkökulma*. Werner Söderström Oy. Helsinki.

Saarenheimo, M. 2013. Mielenterveys. Kirjassa Heikkinen, E., Jyrkämä, J. & Rantanen, T. (toim.) *Gerontologia*. Kustannus Oy Duodecim. Saarijärvi.

Salminen, A. 2011. Mikä kirjallisuuskatsaus? Johdatus kirjallisuuskatsauksen tyypeihin ja hallintotieteen sovelluksiin. Vaasan yliopiston julkaisuja.

Sarvimäki, A., Heimonen, S., Mäki-Petäjä-Leinonen, A. toim. 2010. *Vanhuus ja haavoittuvuus*. Edita Publishing. Helsinki

Stat. Artikkelit 2012. [https://www.stat.fi/artikkelit/2012/art\\_2012-12-10\\_006.html](https://www.stat.fi/artikkelit/2012/art_2012-12-10_006.html) (Luettu 3.4.2018)

Strandberg, T. 2010. Hauraus-raihnausoireyhtymä (HRO). Kirjassa Tilvis, R., Pitkälä, K., Strandberg, T., Sulkava, R., Viitanen, M. (toim.) *Geriatría*. Kustannus Oy Duodecim. Helsinki.

Suomen virallinen tilasto (SVT): Väestön ennakkotilasto [verkkojulkaisu]. ISSN=1798-8381. Huhtikuu 2017. Helsinki: Tilastokeskus. Luettu 13.03.2018. [https://tilastokeskus.fi/til/vamuu/2017/04/vamuu\\_2017\\_04\\_2017-06-16\\_tie\\_001\\_fi.html](https://tilastokeskus.fi/til/vamuu/2017/04/vamuu_2017_04_2017-06-16_tie_001_fi.html).

Suomen virallinen tilasto (STV): Väestön ennakkotilasto. Verkkojulkaisu. Väestö. Luettu 13.03.2018. [https://www.tilastokeskus.fi/tup/suoluk/suoluk\\_vaesto.html](https://www.tilastokeskus.fi/tup/suoluk/suoluk_vaesto.html)

Talasilahti, T., Alanen, H-M., Leinonen, E. 2011. Vanhusten vaikeat psykoosit – skitsofrenia ja harhaluuloisuushäiriö. *Aikakauskirja Duodecim* 127 (4), 375-382.

Tampereen kaupunki. Sosiaali ja terveystalvet. (<https://www.tampere.fi/sosiaali-ja-terveyspalvelut/mielenterveys-ja-paihdepalvelut/mielenterveys/ikaihmiset.html>) Luettu 4.3.2018.

Taube, E., Kristensson, J., Sandberg, M., Midlöv, P., Jakobsson, U. 2015. Loneliness and health care consumption among older people. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*. 29 (3), 435-443.

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. 2013. Verkkojulkaisu. [http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/110485/THL\\_OPA2013\\_027\\_verkko.pdf?sequence=1&isAllowed=y](http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/110485/THL_OPA2013_027_verkko.pdf?sequence=1&isAllowed=y)

Tuomi, J., Sarajärvi, A. 2011. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Kustannusosakeyhtiö Tammi. Vantaa.

Tutkimuseettinen neuvottelukunta. 2012. Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausepäilyjen käsitteleminen Suomessa. Tutkimuseettisen neuvottelukunnan ohje 2012. Luettu 27.1. 2018. [http://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/HTK\\_ohje\\_2012.pdf](http://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/HTK_ohje_2012.pdf)

Tähtinen, H. 2007. Systemaattinen tiedonhaku hoitotieteen näkökulmasta. Teoksessa Johansson, K., Axelin, A., Stolt, M. & Ääri, R. L. (toim.) Systemaattinen kirjallisuuskatso ja sen tekeminen. Turun yliopisto. Hoitotieteen laitoksen julkaisuja.

Vilkka, H. 2015. Tutki ja kehitä. Bookwell Oy. Juva.

Virkkunen, A. 2001. Omin voimin kotona. Laadukkaita elinpäiviä kotona asumisen tueksi. Kuntoutuksen edistämisyhdistys ry. Helsinki.

Vuorilehto, M., Larri, T., Kurki, M., Hätönen, H. 2014. Uudistuva mielenterveystyö. Edita Prima. Helsinki.

Terveiden ja hyvinvoinninlaitos. Ikääntyneiden mielenterveys. <https://thl.fi/fi/web/mielenterveys/mielenterveyden-edistaminen/ikaantyneiden-mielenterveys> (Luettu 3.4.2018)

Terveiden- ja hyvinvoinninlaitos. Ikääntyneiden mielenterveys. [http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/110485/THL\\_OPA2013\\_027\\_verkko.pdf?sequence=1&isAllowed=y](http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/110485/THL_OPA2013_027_verkko.pdf?sequence=1&isAllowed=y) (Luettu 3.4.2018)

**LIITTEET**

## Liite 1. Sisällönanalyysitaulukko

<b>Pelkistetty ilmaus</b>	<b>Alaluokka</b>	<b>Yläluokka</b>	<b>Päälouokka</b>
Yksinäiseksi itsensä tuntevilla oli fyysisiä ja psyykkisiä terveysongelmia.	Yksinäisyys	Sosiaalinen eristäytyneisyys	Altistavat tekijät yksin asuvien vanhusien mielenterveysongelmille
Yksinäisistä yli puolet olivat masentuneita, ei-yksinäisistä alle neljäsosa.			
Yksinäisyys on keskeinen ikäihmisten mielenterveyteen vaikuttava tekijä.			
Yksin jääminen kasvattaa ahdistuksen ja masennuksen riskiä yli kolminkertaisesti yli 80-vuotiailla.	Yksin asuminen		
Yksin asuminen altisti vakavasti masennukselle.			



<p>Yksin asuvilla oli enemmän depressiivisiä oireita.</p>			
<p>Yksin asuvilla miehillä oli todennäköisemmin mielenterveyden ongelmia kuin ei-yksin asuvilla.</p>			
<p>Mielen hyvinvointia heikentäviä tekijöitä olivat ikä, taloudelliset vaikeudet, huonoksi koettu terveys ja yksinäisyyden tunne.</p>	<p>Ikäyrjintä, taloudelliset huolet, huonoksi koettu terveys tai fyysinen kunto sekä elämän tarkoitussettomuus tai sisällön puute</p>	<p>Huono-osaisuus elämässä psykiatristen ongelmien riskitekijänä</p>	
<p>Masennukseen yhdistyviä tekijöitä oli mm. vähäinen sosiaalinen tuki, taloudelliset huolet ja huolet elämässä.</p>			
<p>Henkistä hyvinvointia vähensivät mm. ikärasismi, ihmissuhteiden puute, huono fyysinen kunto, köyhyys, tarkoituksen ja sisällön puute.</p>			
<p>Sukupuoli osoittautui keskeiseksi masennukselle altistavaksi tekijäksi yksin asuvilla vanhemmilla naisilla.</p>	<p>Naissukupuoli</p>	<p>Sukupuoli masennuksen riskitekijänä</p>	

<p>Yksin asuvat raihnaat vanhukset olivat taloudellisesti haavoittuvaisia ja kasvaneessa masennuksen riskissä.</p>	<p>Raihnaisuus</p>	<p>Somaattisten sairauksien ja fyysisen oireilun yhteys masennukseen</p>	
<p>Yksin asuvilla raihnailla vanhuksilla masennusta oli 71%:lla. Yksin asuvilla ei-raihnailla 52%:lla.</p>			
<p>Yksin asuvilla raihnailla vanhuksilla masennusta oli 71%:lla. Ei-yksin asuvilla 45%:lla.</p>			
<p>Masentunut mieliala aiheutti enemmän terveyspalveluiden käyttöä.</p>	<p>Somaattinen sairastelu</p>		
<p>Viidesosalla ikääntyneistä on alkoholin liikakäyttöä. Tämä lisää niin fyysisten kuin psyykkisten terveysongelmien riskiä sekä kasvattaa kuolleisuutta.</p>	<p>Alkoholi psyykkisenä ja fyysisenä riskinä</p>	<p>Alkoholi psykiatristen ongelmien riskitekijänä</p>	
<p>Leskistä 67% kertoi olevansa yksinäisiä.</p>	<p>Leskeksi jääminen</p>	<p>Leskeys psykiatristen ongelmien riskitekijänä</p>	

## Liite 2. Laadunarviointitaulukko

<p><b>-Tutkimuksen tekijät</b></p> <p><b>-Vuosi</b></p> <p><b>-Artikkelin otsikko</b></p>	<p><b>-Tutkimusmenetelmä</b></p> <p><b>-Aineiston keruu</b></p>	<p><b>-Tutkimusongelma</b></p> <p><b>-Tarkoitus ja tehtävät</b></p>	<p><b>-Keskeiset tutkimustulokset</b></p>	<p><b>-Laadunarvioinnin pisteet</b></p>
<p><b>Barker, Heaslip &amp; Chelvanayagam 2014</b></p> <p><b>Addressing older people's mental health needs in the community setting.</b></p>	<p>Hoitotieteellinen artikkeli, tutkimuskatsaus</p>	<p>Kartoittaa yksin asuvien vanhusten tyypillisiä mielenterveysongelmia ja ohjata kotihoidon parissa työskenteleviä potilaiden kokonaisvaltaisen hoidon huomioimiseksi.</p>	<p>Kotihoidossa työskentelevillä on keskeinen rooli vanhus-ten mielenterveys-ongelmien tunnistamisessa ja vanhus-ten mielenterveyden tukemisessa.</p>	<p>13/19 = 68%</p>
<p><b>Bilotta, Case, Nicolini, Mauri, Castelli &amp; Vergani 2010</b></p> <p><b>Social vulnerability, mental health and correlates of frailty in older outpatients living alone in the community in Italy.</b></p>	<p>Kvantitatiivinen tutkimus, vertaileva poikittais-tutkimus</p> <p>N = 302 n1 = (yksin asuvat) 124 n2 = (ei yksin asuvat) 178</p>	<p>Yksin asuvien vanhus-ten raihnauuden korrelaatio sosiaa-liseen syrjäytymi-seen ja mielenter-veyden ongelmiin.</p>	<p>Yksin asuvat ikäih-miset ovat kohon-neessa sosiaalisen ja taloudellisen huono-osaisuuden sekä depression vaarassa, mitä riskejä hauras fyysinen kunto edel-leen nostaa.</p>	<p>7/10 = 70%</p>

<p><b>Byles, Vo, Thomas, Mackenzie &amp; Kendig 2016</b>  <b>Partner status and mental and physical health of independently living men aged 70 years and older.</b></p>	<p>Kvantitatiivinen tutkimus, kyselytutkimus</p> <p>N = 37 690 n1 = (yksin asuvat) 8594 n2 = (ei yksin asuvat) 28756</p>	<p>Kuvailla ja vertailla yksin asuvien 70-vuotiaiden ja sitä vanhempien miesten fyysistä ja psyykkistä kuntoa kumppanin kanssa asuviin.</p>	<p>Yksin asuvilla vanhoilla miehillä on kumppanin kanssa asuviin verrattuna huomattavasti enemmän fyysisiä ja psyykkisiä ongelmia. Ero tasoittuu 85 ikävuoden jälkeen.</p>	<p>6/10 = 60%</p>
<p><b>Cheng, Fung &amp; Chan 2008</b>  <b>Living status and psychological well-being: Social comparison as a moderator in later life.</b></p>	<p>Kvantitatiivinen tutkimus, kyselytutkimus</p> <p>N = 205</p>	<p>Tutkia parempi- tai huonompiosaisuuden kokemuksesta vaikutusta henkiseen hyvinvointiin.</p>	<p>Yksin asuvien ikäihmisten mielenterveys on vaarassa, mutta itsensä näkeminen myönteisessä ja positiivisessa valossa voimaannuttaa ja myös vahvistaa mielenterveyttä.</p>	<p>7/10 = 70%</p>
<p><b>Fukunaga, Abe, Nakagawa, Koyama, Fujise &amp; Ikeda 2012</b>  <b>Living alone is associated with depression among the elderly in a rural community in Japan.</b></p>	<p>Kvantitatiivinen tutkimus, kyselytutkimus</p> <p>N = 964</p>	<p>Tutkia mitkä tekijät ovat yhteydessä depression syntyyn maaseudulla asuvilla ikäihmisillä, vertailla yksin asuvia kumppanin kanssa asuviin.</p>	<p>Yksin asuminen oli vahvasti kytköksissä depression. Toimiva ja aktiivinen sosiaalinen tukiverkosto kuitenkin kutosi yksin asumisen negatiivisen vaikutuksen.</p>	<p>8/10 = 80%</p>
<p><b>Hawton, Green, Dickens, Richards, Taylor, Edwards,</b></p>	<p>Kvantitatiivinen tutkimus, kyselytutkimus</p>	<p>Tutkia sosiaalisesti eristäytyneiden sekä sosiaalisen eristäytyneisyyden vaarassa</p>	<p>Sosiaalinen eristäytyneisyys aiheutti ikäihmisille sekä fyysistä että henkistä sairastuvuutta.</p>	<p>7/10 = 70%</p>

<p><b>Greaves &amp; Campbell 2011</b>  <b>The impact of social isolation on the health status and health-related quality of life of older people.</b></p>	<p>N = 393</p>	<p>olevien ikäihmisten kokonaisvaltaista terveydentilaa sekä koettua hyvinvointia.</p>		
<p><b>Lin 2011</b>  <b>Factors associated with depressive symptoms among older adults living alone: an analysis of sex difference.</b></p>	<p>Kvantitatiivinen tutkimus, poikittais-tutkimus</p> <p>N = 192  n1 = (naiset) 117  n2 = (miehet) 75</p>	<p>Tutkia yksin asuvien vanhusten depression riskitekijöitä ja oireita.</p>	<p>Yksin asuvat vanhemmat naiset olivat suuremmassa riskissä sairastua psyykkisesti. Sosiaalisen tukiverkon puute lisäsi riskiä entisestään.</p>	<p>8/10  = 80%</p>
<p><b>Losada, Márquez-González, García-Ortiz, Gómez-Marcos, Fernández-Fernández &amp; Rodríguez-Sánchez 2012</b>  <b>Loneliness and mental health in a representative sample of community-dwelling Spanish older adults.</b></p>	<p>Kvantitatiivinen tutkimus, haastattelututkimus</p> <p>N = 272</p>	<p>Tutkia fyysisen yksinäisyyden ja yksinäisyyden tunteiden vaikutuksia ikäihmisten mielenterveyteen.</p>	<p>Yksinäisyys on keskeinen tekijä vanhusten mielenterveyden tilan selittäjänä.</p>	<p>6/10  = 60%</p>
<p><b>Taube, Kristensson, Sandberg,</b></p>	<p>Kvantitatiivinen tutkimus,</p>	<p>Tutkia yksinäisyyden ja terveydentilaan yhtey-</p>	<p>Yksinäiset ja huonokuntoiset hauraat vanhukset kärsivät</p>	<p>9/10  = 90%</p>

<p><b>Midlöv &amp; Jakobsson 2015</b>  <b>Loneliness and health care consumption among older people.</b></p>	<p>poikittais- tutkimus</p> <p>N = 153</p>	<p>dessä olevan elämänlaadun kokemuksen vaikutusta hauraiden yksin asuvien vanhusten terveyspalveluiden käyttöön.</p>	<p>enemmän sekä fyysisistä että psyykkisistä vaivoista ja käyttivät kokonaisuudessa enemmän terveyspalveluita.</p>	
--	--	---	--	--