

DISSERTATIONS IN
**HEALTH
SCIENCES**

TARJA SAHARINEN

*Mielenterveydeltään pitkäaikaisesti
oireilevien ja oireettomien
25–64-vuotiaiden terveyteen liittyvä
elämänlaatu ja siihen yhteydessä
olevat tekijät*

PUBLICATIONS OF THE UNIVERSITY OF EASTERN FINLAND
Dissertations in Health Sciences



UNIVERSITY OF
EASTERN FINLAND

TARJA SAHARINEN

*Mielenterveydeltään pitkäaikaisesti
oireilevien ja oireettomien
25–64-vuotiaiden terveyteen liittyvä
elämänlaatu ja siihen yhteydessä olevat
tekijät*

To be presented by permission of the Faculty of Health Sciences, University of Eastern Finland for public examination in Medistudia ML1, Kuopio, on Friday, October 25th 2013, at 12 noon

Publications of the University of Eastern Finland
Dissertations in Health Sciences
193

Department of Psychiatry, Kuopio University Hospital
Department of Nursing Science, Faculty of Health Sciences,
University of Eastern Finland
Kuopio
2013

Kopijyvä Oy
Kuopio, 2013

Series Editors:

Professor Veli-Matti Kosma, M.D., Ph.D.
Institute of Clinical Medicine, Pathology
Faculty of Health Sciences

Professor Hannele Turunen, Ph.D.
Department of Nursing Science
Faculty of Health Sciences

Professor Olli Gröhn, Ph.D.
A.I. Virtanen Institute for Molecular Sciences
Faculty of Health Sciences

Professor Kai Kaarniranta, M.D., Ph.D.
Institute of Clinical Medicine, Ophthalmology
Faculty of Health Sciences

Lecturer Veli-Pekka Ranta, Ph.D. (pharmacy)
School of Pharmacy
Faculty of Health Sciences

Distributor:

University of Eastern Finland
Kuopio Campus Library
P.O.Box 1627
FI-70211 Kuopio, Finland
<http://www.uef.fi/kirjasto>

ISBN (print): 978-952-61-1240-4

ISBN (PDF): 978-952-61-1241-1

ISSNL: 1798-5706

ISSN: 1798-5706

ISSN (PDF): 1798-5714

- Author's address: Department of Psychiatry
Kuopio University Hospital
Department of Nursing Science, Faculty of Health Sciences
University of Eastern Finland
KUOPIO
FINLAND
- Supervisors: Professor (acting) Jari Kylmä, Ph.D.
School of Health Sciences, Nursing Science
University of Tampere
TAMPERE
FINLAND
- Professor Heimo Viinamäki, M.D., Ph.D.
Faculty of Health Sciences, Institute of Clinical Medicine, Psychiatry
University of Eastern Finland
Department of Psychiatry
Kuopio University Hospital
KUOPIO
FINLAND
- Adjunct Professor Merja Nikkonen, Ph.D.
School of Health Sciences, Nursing Science
University of Tampere
TAMPERE
FINLAND
- Reviewers: Professor (emerita) Sirpa Janhonen, Ph.D.
Faculty of Medicine, Institute of Health Sciences
University of Oulu
OULU
FINLAND
- Professor Helvi Kyngäs, Ph.D.
Faculty of Medicine, Institute of Health Sciences
University of Oulu
OULU
FINLAND
- Opponent: Adjunct Professor Elina Eriksson, Ph.D.
Faculty of Medicine, Department of Nursing Science
University of Turku
TURKU
FINLAND
- Helsinki Metropolia
Helsinki University of Applied Sciences
Faculty of Health Care and Nursing
HELSINKI
FINLAND

Saharinen, Tarja

Health-related quality of life and its associating factors among 25–64-year-old adults with or without long-term mental symptoms

University of Eastern Finland, Faculty of Health Sciences

Publications of the University of Eastern Finland. Dissertations in Health Sciences 193. 2013. 66 p.

ISBN (print): 978-952-61-1240-4

ISBN (PDF): 978-952-61-1241-1

ISSNL: 1798-5706

ISSN: 1798-5706

ISSN (PDF): 1798-5714

ABSTRACT

The purpose of this study was to describe and investigate the health-related quality of life (HRQL) and its associating factors among 25–64-year-old adults with or without long-term mental symptoms among a general population sample in Northern Savo. The aim was to produce knowledge that supports health care professionals in recognizing factors for poor HRQL and in promoting HRQL among subjects with long-term mental symptoms and among the general population.

The population-based sample consisted of subjects with ($n = 163$) or without ($n = 170$) long-term mental symptoms. HRQL was assessed with the RAND-36. Sociodemographic, psychiatric and somatic factors were investigated with a self-rated health questionnaire and structured interviews. Somatic factors describing overall health were assessed with standard clinical and laboratory measurements. The data of the study were analyzed with quantitative methods (SPSS Windows 13.0, 14.0, 16.0 and 17.0).

Subjects with mental symptoms had a poor HRQL in the physical, psychological and social domains. Men and women with long-term mental symptoms had a similarly poor HRQL. A reduced working capacity, a low level of education, a poor financial situation, the frequent use of alcohol, life dissatisfaction, depressive symptoms, alexithymic features, and somatic or psychiatric diseases were associated with impaired HRQL. The scores in all eight RAND-36 dimensions were lower among subjects with diagnoses of current major depressive disorder, alcohol abuse, or dependence or personality disorders when compared to the healthy. HRQL among the dissatisfied group was statistically significant lower than among the satisfied group. Long-term life dissatisfaction was a risk factor for poor HRQL.

When promoting HRQL it is important for nurses to note the patients' own experiences of their health situation and life satisfaction, recognize mental health symptoms and co-operate in the early phase. When caring for patients suffering from psychiatric diseases, there is also a need to note their physical and social well-being and ability to function. Society can promote HRQL by supporting the financial situation, education and ability to work among population subjects. In the future it will be important to investigate the effects of interventions to promote mental health and HRQL.

National Library of Medicine Classification: WA 300, WY 160, WM 105

Medical Subject Headings: Health; Quality of Life; Population Surveillance; Adult; Mental Disorders; Risk Factors; Health Promotion

Saharinen, Tarja

Mielenterveydeltään pitkäaikaisesti oireilevien ja oireettomien 25–64-vuotiaiden terveyteen liittyvä elämänlaatu ja siihen yhteydessä olevat tekijät

Itä-Suomen yliopisto, terveystieteiden tiedekunta

Publications of the University of Eastern Finland. Dissertations in Health Sciences 193. 2013. 66 s.

ISBN (print): 978-952-61-1240-4

ISBN (PDF): 978-952-61-1241-1

ISSNL: 1798-5706

ISSN: 1798-5706

ISSN (PDF): 1798-5714

TIIVISTELMÄ

Tutkimuksen tarkoituksena oli kuvata ja tutkia mielenterveydeltään pitkäaikaisesti oireilevien ja oireettomien 25–64-vuotiaiden ihmisten terveyteen liittyvää elämänlaatua ja siihen yhteydessä olevia tekijöitä pohjoissavolaisessa väestötöksessä. Tutkimustiedon tavoitteena on auttaa terveydenhuoltohenkilöstöä tunnistamaan terveyteen liittyvää elämänlaatua heikentäviä tekijöitä ja siten edistämään mielenterveysoireista kärsivien ja yleisväestön ihmisten terveyteen liittyvää elämänlaatua.

Tutkittavina olivat pitkäaikaisista mielenterveysoireista kärsineet (n = 163) ja oireettomat (n = 170) pohjoissavolaiset ihmiset. Terveyteen liittyvää elämänlaatua mitattiin RAND-36-mittarilla. Sosiodemografiset, psyykkiset ja somaattiset tekijät kartoitettiin. Yleisterveyttä mitattiin tavallisilla somaattisilla tutkimuksilla ja laboratoriokeilla. Aineiston analysoinnissa käytettiin tilastollisia menetelmiä (SPSS Windows 13.0, 14.0, 16.0 ja 17.0).

Mielenterveysoireista kärsivien ihmisten terveyteen liittyvä elämänlaatu oli huono fyysisellä, psyykkisellä ja sosiaalisella alueella. Pitkään mielenterveysoireista kärsineillä miehillä ja naisilla oli yhtä huono terveyteen liittyvä elämänlaatu. Huonoon terveyteen liittyvään elämänlaatuun olivat yhteydessä alentunut työkyky, matala koulutus- ja tulotaso, runsas alkoholin käyttö, tyytymättömyys elämään, masennusoireet ja aleksityymiset piirteet sekä somaattiset ja psykiatriset sairaudet. Vakavasta masennuksesta, persoonallisuushäiriöstä, alkoholin väärinkäytöstä tai alkoholiriippuvuudesta kärsivien terveyteen liittyvä elämänlaatu oli tilastollisesti merkitsevästi huonompi kaikilla RAND-36:n ulottuvuuksilla kuin terveillä. Elämänsä tyytymättömillä oli tilastollisesti merkitsevästi huonompi terveyteen liittyvä elämänlaatu kuin elämänsä tyytyväisillä. Pitkäaikainen tyytymättömyys elämään oli huonon terveyteen liittyvän elämänlaadun riskitekijä.

Terveyteen liittyvän elämänlaadun edistämiseksi on tärkeä huomioida hoitotyössä potilaan oma kokemus terveydestään ja tyytyväisyydestä elämäänsä, tunnistaa mielenterveysoireet, puuttua niihin varhain ja ottaa huomioon psyykkisistä sairauksista kärsivien ihmisten fyysinen ja sosiaalinen hyvinvointi ja toimintakyky. Toimeentulon, koulutuksen ja työkykyisyyden tukeminen ovat yhteiskunnan keinoja edistää terveyteen liittyvää elämänlaatua. Jatkossa on tärkeä tutkia mielenterveyttä edistävien interventioiden vaikutusta terveyteen liittyvään elämänlaatuun.

Luokitus: WA 300, WY 160, WM 105

Yleinen suomalainen asiasanasto: terveys, elämänlaatu, väestötutkimus, aikuiset, mielenterveys, oireet, riskitekijät, terveyden edistäminen

*"Niin eli ikänsä kaiken,
...
pannen päivät päälletyksin
niin tulevat kuin menevät,
niin paremmat kuin
pahemmat;
päällimmäiseksi
paremmat."*

-Eino Leino-

Esipuhe

Terveyteen liittyvä elämänlaatu on ihmisen oma arvio fyysisestä, psyykkisestä ja sosiaalisesta hyvinvoinnistaan ja toimintakyvystään sekä niihin vaikuttavista tekijöistä. Väestötasolla huono terveyteen liittyvä elämänlaatu on yhteydessä terveystalouden käyttöön, sairastavuuteen ja kuolleisuuteen. Se, millaiseksi ihminen kokee terveyteen liittyvän elämänlaatunsa, vaikuttaa hänen selviytymiseensä terveenä tai sairaana. Mahdollisimman hyvän terveyteen liittyvän elämänlaadun saavuttaminen on tärkeää. Erityistä huomiota tässä asiassa tulee kiinnittää haavoittuviin väestöryhmiin, joille on usein kasautunut terveyttä ja elämänlaatua uhkaavia riskitekijöitä.

Työssäni psykiatrisena sairaanhoitajana, osastonhoitajana ja tutkijana olen tullut entistä vakuuttuneemmaksi siitä, että terveyttä tulee hoitaa kokonaisvaltaisesti, jotta myös siihen olennaisesti liittyvä elämänlaatu paranisi. Ihminen on psyykkinen, fyysinen, sosiaalinen ja aina myös kulttuurinen olento.

Työrupeama väitöskirjatyön parissa on ollut melkoisen pitkä, mutta antoisa ja opettava. Terveyteen liittyvää elämänlaatuani uhkaavia tekijöitä on ehtinyt karttua tutkimustyön aikana lisää. Mutta kuinka niihin suhtaudun ja mitä niille teen? Jos suhtaudun omaan ikääntymiseeni ja vaivaihiini myönteisen realistisesti ja teen vielä jotain oman terveyteni eteen, voin olettaa terveyteen liittyvän elämänlaatuni olevan parempi.

Haluan kiittää kaikkia tässä työssä mukana olleita, työtovereita, ystäviä, omaa perhettä sekä kanssakulkijoita. Erityiset kiitokset kannustuksesta, palautteesta, neuvoista ja kärsivällisyydestä haluan osoittaa tutkimustyöni ohjaajille professori (ma) Jari Kylmälle, professori Heimo Viinamäelle ja dosentti Merja Nikkoselle. Jari on ollut pääohjaajana monitaitoinen ja -näkökulmainen. Hän on koko ajan vienyt työtäni eteenpäin, vaikka välillä minusta on tuntunut siltä, että suossa ollaan. Heimo on antanut elintärkeää palautetta kirjoittamisesta ja tutkimuksen tekemisestä, ja uskonut asiaan. Merjan tuki ja ohjaus on ollut aitoa, lämmintä ja rakentavaa. Ohjaajani ovat paneutuneet työhöni ja tekemiseeni ansiokkaasti ja antaneet korvaamatonta apua. Olen oppinut heiltä todella paljon tutkijana, ihmisenä, hoitajana ja esimiehenä. Myös kanssakirjoittajat ovat tukeneet minua monenlaisissa vaiheissa ja auttaneet tarvittaessa todella pikaisesti. He ovat olleet täysillä mukana tässä työssä. Kiitos Heli Koivumaa-Honkanen, Jukka Hintikka, Soili Lehto, Kirsi Honkalampi, Kaisa Haatainen ja Leo Niskanen. Lämmin kiitos myös asiaan sydämellä paneutuneille esitarkastajille ja kielentarkastajille.

Taloudellisesta tuesta haluan kiittää Kuopion yliopistollista sairaalaa, joka on myöntänyt minulle EVO-rahoitusta, Hoitotieteen tutkimussäätiötä sekä professori Heimo Viinamäen depressioprojektia, jossa työskentelin 2 v 4 kk. Keräsin tutkimusaineiston työskennellessäni depressioprojektissa. Tällöin tapasin kaikki tutkimukseeni osallistuneet väestöä edustavat ihmiset ja haastattelin heitä. Suuret kiitokset Heille kaikille. Ilman Heitä ei olisi tätä tutkimustyötä.

Olen kiitollinen oman työpaikkani Kuopion psykiatrian keskuksen tuesta ja ymmärtävästä suhtautumisesta tätä työtä kohtaan. Kiitos koko KPK:n väelle! Erityinen kiitos Kuopion psykiatrian keskuksen osastonylilääkäri Pirjo Saariselle, joka on mahdollistanut tutkimustyöni suhtautumalla siihen kannustavasti, ja apulaisosastonhoitaja Tiina Ojalaiselle. Tiina on ollut pitkiä rupeamia osastonhoitajana ja antanut minulle mahdollisuuden tehdä rauhallisin mielin tutkimusta. Minua on ilahduttanut ja auttanut eteen päin osastonhoitaja-, apulaisosastonhoitaja- ja hoitajakollegoiden kannustus ja kiinnostus tutkimustyötäni ja sen etenemistä kohtaan.

Suuret ja lämpimät Kiitokset omalle perheelleni Pertille, Tatulle, Tuomolle ja Helkalle sekä Laurille, jotka ovat suhtautuneet ihmeen kärsivällisesti minuun ja tutkimustyöhöni. He ovat antaneet realismin äänen kuulua. Erityiskiitos aviomiehelleni Pertille, joka on kannustanut minua kaikkien näiden vuosien ajan.

Kiitokset ystäville ja sukulaisille! He ovat auttaneet minua muistamaan, että on muutakin kuin tutkimus ja työ. Suuri kiitos Äiti Kaijalle, joka on aina uskonut, että kyllä tämä homma valmistuu. Kiitokset veli-Pekalle, jolta olen saanut monta vinkkiä tutkimuksen tekoon. Kiitokset Aino, Sakari, Reeta, Selma, Pietari, Aarni-Matti, Kalle, Anne, Raija, Kaarina, Tädit ja Rauno...

Olen saanut tutustua moniin uusiin ihmisiin ja tieteen saloihin tämän työn kuluessa. Se on ollut rikkaus.

Pellesmäessä ja Heinävedellä, elokuun auringon aikana, armon vuonna 2013.

Tarja Saharinen

Osajulkaisut

- I Saharinen T, Hintikka J, Niskanen L, Kylmä J, Honkalampi K, Nikkonen M, Haatainen K, Koivumaa-Honkanen H. & Viinamäki H. 2008. Health-related quality of life in a population-based sample of men with long-term mental symptoms. *Nordic Journal of Psychiatry* 62(2), 106-112.
- II Saharinen T, Hintikka J, Niskanen L, Kylmä J, Koivumaa-Honkanen H, Honkalampi K, Nikkonen M, Haatainen K. & Viinamäki H. 2010. Health-related quality of life among subjects with long-term mental symptoms in a population-based sample. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* 17(3), 260-267.
- III Saharinen T, Hintikka J, Kylmä J, Koivumaa-Honkanen H, Honkalampi K, Lehto SM, Nikkonen M, Haatainen K. & Viinamäki H. 2011. Population-based comparison of health-related quality of life between healthy subjects and those with specific psychiatric or somatic diseases. *Perspectives in Psychiatric Care* 47(2), 66-73.
- IV Saharinen T, Koivumaa-Honkanen H, Hintikka J, Kylmä J, Lehto SM, Honkalampi K, Haatainen K. & Viinamäki H. 2013. The effect of long-term life dissatisfaction on health-related quality of life among general population subjects. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* (Article first published online: 25 MAR 2013 | DOI: 10.1111/jpm.12060)

Artikkelien käyttöön väitöskirjan osajulkaisuina on saatu kustantajien lupa.

Sisältö

1 TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TAUSTA	1
2 TERVEYTEEN LIITTYVÄ ELÄMÄNLAATU JA SIIHEN YHTEYDESSÄ OLEVAT TEKIJÄT.....	5
2.1 Terveyteen liittyvä elämänlaatu	5
2.1.1 Käsitteen ominaispiirteet	6
2.1.2 Yhteenveto terveyteen liittyvän elämänlaadun käsitteestä	9
2.2 Terveyteen liittyvään elämänlaatuun yhteydessä olevat tekijät	10
2.2.1 Sosiodemografiset tekijät	10
2.2.2 Psykkiset tekijät	10
2.2.3 Somaattiset tekijät.....	13
3 TUTKIMUSONGELMAT	16
4 TUTKIMUSMENETELMÄT JA AINEISTON ANALYYSI	17
4.1 Tutkimusmenetelmät	17
4.1.1 Tutkittavat	17
4.1.2 Aineiston keruu.....	19
4.1.3 Terveyteen liittyvän elämänlaadun mittaaminen .	20
4.1.4 Muut tutkimuksessa käytetyt mittarit.....	25
4.2 Aineiston analyysi.....	29
5 TULOKSET	30
5.1 Mielenterveydeltään pitkäaikaisesti oireilevien ja oireettomien terveyteen liittyvä elämänlaatu.....	30
5.2 Mielenterveydeltään pitkäaikaisesti oireilevien ja oireettomien terveyteen liittyvään elämänlaatuun yhteydessä olevat tekijät	31
5.2.1 Sosiodemografiset tekijät.....	31
5.2.2 Psykkiset tekijät	31
5.2.3 Somaattiset tekijät.....	33
5.3 Yhteenveto	35
6 POHDINTA.....	37
6.1 Eettisyys	37
6.2 Luotettavuus	38
6.3 Tulosten tarkastelua	40
6.4 Päätelmät	44
6.5 Suositukset.....	45

LÄHTEET.....

48

LIITTEET 1-3

LIITETAULUKKO 1

ORIGINAL PUBLICATIONS

Keskeiset lyhenteet ja symbolit

ANOVA	Analysis of variance
BDI	Beck Depression Inventory; Masennus-mittari
BHS	Beck Hopelessness Scale; Toivottomuus-mittari
CI	Confidence interval
HDRS	Hamilton Rating Scale for Depression; Masennus-mittari
HRQL	Health-related quality of life; Terveysteen liittyvä elämänlaatu
LS	Life Satisfaction; Tyytyväisyys elämään
MCS	Mental Component Summary Scale of HRQL
OR	Odds ratio
PCS	Physical Component Summary Scale of HRQL
RAND-36	Terveysteen liittyvän elämänlaadun mittari
SCID-I	Structured Clinical Interview for DSM-III-R, axis I disorders
SCID-II	Structured Clinical Interview for DSM-III-R, axis II disorders
SD	Standard deviation
TAS	Toronto Alexithymia Scale; Aleksityymisten piirteiden mittari

1 Tutkimuksen tarkoitus ja tausta

Tutkimuksen tarkoituksena on kuvata ja tutkia mielenterveydeltään pitkäaikaisesti oireilevien ja oireettomien 25–64-vuotiaiden ihmisten terveyteen liittyvää elämänlaatua ja siihen yhteydessä olevia tekijöitä pohjoissavolaisessa väestötöksessä. Tutkimuksen suunnittelua ja toteutusta varten tehtiin systemaattiset haut CINAHL, PubMedMEDLINE ja PsycINFO -tietokannoista vuosina 2005, 2006, 2011 ja 2013 aiemman tutkimustiedon kartoittamiseksi (liite 1).

Terveyteen liittyvä elämänlaatu kuvaa ihmisen omaa kokemusta siitä, miten terveys, sairaudet ja hoitotoimenpiteet vaikuttavat hänen fyysiseen, psyykkiseen ja sosiaaliseen hyvinvointiinsa ja toimintakykyynsä. Viime vuosina terveyteen liittyvän elämänlaadun on arvioitu olevan kuolleisuuden ja sairastavuuden rinnalla tärkein väestön terveyttä arvioiva indikaattori (Ford ym. 2008, Horner-Johnson ym. 2009).

Aiemmissa tutkimuksissa on todettu, että pitkäaikaisista psyykkisistä ja somaattisista sairauksista kärsivien ihmisten terveyteen liittyvä elämänlaatu on heikentynyt sekä suomalaisessa yleisväestössä (Aalto ym. 1999, Saarni 2008) että muiden maiden väestössä (Burström ym. 2001, Alonso ym. 2004, Isacson ym. 2005, Loza ym. 2009, Bayliss ym. 2012).

Korkea ikä on todettu terveyteen liittyvää elämänlaatua heikentäväksi tekijäksi (Aalto ym. 1999, Guallar-Castillón ym. 2005, Lubetkin ym. 2005, Saarni ym. 2008). Naisten terveyteen liittyvä elämänlaatu on huonompi kuin miesten (Guallar-Castillón ym. 2005, Saarni ym. 2006, Ford ym. 2008, Cherepanov ym. 2010). Terveyteen liittyvää elämänlaatua uhkaavat myös yksin oleminen (Prause ym. 2005, Cherepanov ym. 2010), huono koulutustaso (Aalto ym. 1999, Lubetkin ym. 2005, Saarni ym. 2006) ja huono taloudellinen tilanne (Lubetkin ym. 2005, Sullivan ym. 2005, Saarni ym. 2006, Cherepanov ym. 2010).

Vakavasta masennuksesta kärsivien ihmisten terveyteen liittyvä elämänlaatu on heikentynyt enemmän kuin pitkäaikaisista somaattisista sairauksista kärsivien ihmisten terveyteen liittyvä elämänlaatu (Goldney ym. 2000, Burström ym. 2001, Ko & Coons 2006). Vakavaa masennusta sairastaa tällä hetkellä 5–6 % suomalaisesta yleisväestöstä (Pirkola ym. 2005, Saarni 2008). Myös liiallinen alkoholin käyttö uhkaa väestön terveyteen liittyvää elämänlaatua (Saarni ym. 2008, Pisinger ym. 2009).

Terveyden ja hyvinvoinnin edistäminen on tärkeä painopistealue terveystieteellisessä ja hoitotieteellisessä tutkimuksessa (ICN 2005, 2007, STT 2005, STM 2006a,b, Wilhelmsen & Lindberg 2007, Pietilä 2010). Terveys ja siihen tärkeänä tekijänä liittyvä mielen-terveys ovat terveyteen liittyvän elämänlaadun merkittäviä osatekijöitä (Sousa & Williamson 2003, STM 2006b, WHO 2003, 2007, 2010). Terveyteen liittyvän elämänlaadun tutkimus on hoitotieteen keskeinen tutkimusalue erityisesti terveyden edistämisen tutkimuksessa (Hinshaw 2000, Sousa & Williamson 2003, ICN 2005, STM 2006b). Yleis-

väestöön kohdistuvia hoitotieteellisiä terveyteen liittyvän elämänlaadun tutkimuksia ei ole monia (Christensen ym. 2007, Mikkelsen ym. 2009, McGrath ym. 2011).

Terveyteen liittyvän elämänlaadun tutkimuksella on mahdollista löytää tekijöitä, joihin voidaan vaikuttaa terveydenhuollon toimenpiteillä (Sousa & Williamson 2003, Kattainen 2004, Ford ym. 2008, Palfreyman ym. 2010). Terveyteen liittyvään elämänlaatuun liittyviä hoitotieteellisen tutkimuksen alueita ovat erityisesti potilaiden oiretilanne ja oireiden hallinta, sairauksien ehkäisy, epäterveet sairauksiin liittyvät elämäntyyli (ICN 2005), hoitotyön toimenpiteiden tehostaminen (Drennan ym. 2007, Mikkelsen ym. 2009, Gorecki ym. 2010, Larsson ym. 2010, Palfreyman ym. 2010) ja pitkäaikaisten sairauksien hyvä hoito (Hinshaw 2000). Hoitotieteessä on tutkittu terveyteen liittyvän elämänlaadun avulla myös hoidon kustannusvaikuttavuutta (Arts ym. 2012).

Terveyteen liittyvä elämänlaatu on tärkeä hoitotieteellisen tutkimuksen kohde, koska ihmiset, joilla on hyvä terveyteen liittyvä elämänlaatu, selviävät paremmin sairauden, sen oireiden (Sousa & Williamson 2003, Ye ym. 2008) sekä negatiivisen mielialan kanssa (Kuehner & Buerger 2005). Hyvä terveyteen liittyvä elämänlaatu edistää itsestä huolehtimista, omaan kuntoutukseen osallistumista ja selviämistä päivittäisistä toiminnoista (Hu & Meek 2005). Huono terveyteen liittyvä elämänlaatu ennustaa kuolleisuutta (Ware Jr ym. 1994, Otero-Rodríguez ym. 2010) ja on yhteydessä runsaaseen terveystalvelujen käyttöön (Koivukangas ym. 1995, Aalto ym. 1999, Redondo-Sendino ym. 2006, Bayliss ym. 2012) ja sairastavuuteen (Aalto ym. 1999).

Suomalaisiin terveystalveluihin suositellaan terveyttä edistävää hoitokulttuuria, mikä tarkoittaa kokonaisvaltaista käsitystä terveydestä ja sen edistämisestä (STM 2006b). Terveyteen liittyvän elämänlaadun paraneminen on asetettu hoidon ja interventioiden tavoitteeksi potilas- ja väestötasolla (Clark ym. 2003, Michalac ym. 2004, Arden-Close ym. 2010). Tarvitaan myös niiden keinojen kehittämistä, joilla terveystalvelut voivat tukea pitkäaikaisia sairauksia sairastavia ihmisiä saavuttamaan hyvä terveyteen liittyvä elämänlaatu esimerkiksi itsehoidon ja elämäntapamuutosten avulla (STM 2001, STM 2003).

Terveyteen liittyvän elämänlaadun tutkimus tukee terveystalvelitiikan kehittämistä ja auttaa voimavarojen kohdentamisessa. Tieto väestön terveyteen liittyvästä elämänlaadusta antaa perustaa kansallisille terveystalveliteille. (Ford ym. 2008.) Suomen terveystalvelitiikan tavoitteena on pidentää ihmisten tervettä ja toimintakykyistä elinaikaa, turvata jokaiselle mahdollisimman hyvä elämänlaatu sekä vähentää väestön terveyseroja ja ennenäikaista kuolleisuutta (STM 2006a,b). Terveyteen liittyvän elämänlaadun mittausten tulosten avulla voidaan tutkia ja mitata väestöryhmien terveyseroja (Ford ym. 2008). Tämä on erityisen tärkeää mielenterveyden edistämisen ja haavoittuvien väestöryhmien terveyteen liittyvän elämänlaadun kannalta.

Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallinen kehittämisohjelma (KASTE-ohjelma 2008–2011) on kirjannut tavoitteeksi masennuksen ehkäisyn, masennuksesta aiheutuvan työttömyyden vähenemisen (ks. Masto-hanke 2011), terveyserojen kaventamisen ja alkoholihaittojen vähentämisen (ks. STM 2008). Edellä mainittujen tavoitteiden saavuttamiseksi väestön ja potilaiden tekemät arviot terveydentilastaan, terveyteen liittyvästä

elämänlaadusta sekä terveyteen liittyvään elämänlaatuun vaikuttavista tekijöistä ovat yhä tärkeämpiä kliinisessä päätöksenteossa ja terveystaloudellisissa ohjelmissa (Guyatt ym. 1993, Meeberg 1993, Lukkarinen 1999, Sintonen 2001, Koivunen 2008). Väestön ja potilaiden näkökulma on tärkeää myös erilaisten väestöön kohdistuvien terveysinterventtioiden sekä hoidon tulosten arvioinnissa (Bowling 2005, Sintonen 2007, Ford ym. 2008, Koivunen 2008). Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallinen kehittämissuunnitelma (Kaste 2012–2015) on painottanut toimeenpanosuunnitelmassaan riskiryhmien mahdollisuuksien parantamista osallisuuteen hyvinvoinnista ja asioihin vaikuttamiseen (STM 2012a). Tätä osallisuutta tukee Mielenterveys- ja päihdesuunnitelma (Partanen ym. 2010, STM 2012b), jossa korostetaan asiakkaan aseman vahvistamista, mielenterveyden ja päihteettömyyden edistämistä sekä ongelmien ja haittojen ehkäisyä ja hoitoa perus- ja avohoitopalveluissa.

Suomalaisessa hoitotieteessä on tutkittu Parkinsonin tautia (RAND-36) (Toljamo ym. 1998, 2003), psoriasista (Kinnunen ym. 1999) ja sepelvaltimotautia sairastavien potilaiden (Lukkarinen 1999) sekä sepelvaltimoiden ohitusleikkaus- ja pallolaajennuspotilaiden (Kattainen 2004) terveyteen liittyvää elämänlaatua. Lisäksi on tutkittu eturauhassyöpää sairastavien miesten terveyteen liittyvää elämänlaatua (Kuivalainen 2004), kuntoutumista edistävää hoitotyötä aivohalvauspotilaiden alkuvaiheen jälkeisessä moniammatillisessa kuntoutuksessa (yhtenä mittarina RAND-36) (Mäntynen 2007) sekä alaraajojen valtimonkovetustautia sairastavien terveyteen liittyvää elämänlaatua ja hoitomenetelmien kustannuksia (Koivunen 2008). Myös MS-tautiin sairastuneiden (Heiskanen 2009) sekä ohitusleikkauspotilaiden ja heidän läheistensä terveyteen liittyvää elämänlaatua (Rantanen 2009) on tutkittu. Tutkimuskohteena ovat olleet tehohoitoa sisältäneiden hoitajaksojen vaikuttavuus (RAND-36) (Kaarlola 2007) sekä tehohoitopotilaan toipuminen ja elämänlaatu (RAND-36) (Meriläinen 2012).

Aalto ym. (1999) ja Saarni (2008) ovat tutkineet suomalaisen väestön terveyteen liittyvää elämänlaatua. Aallon ym. (1999) mukaan korkeampi ikä ja pitkäaikaissairastavuus olivat selkeimmin yhteydessä huonoon terveyteen liittyvään elämänlaatuun. Saarnin (2008) Terveys 2000 -aineistoon perustuvan tutkimuksen mukaan mielenterveyden häiriöistä kärsivillä oli huonoin terveyteen liittyvä elämänlaatu kaikissa ikäluokissa. Vakavasti masentuneiden lounaissaumalaisten potilaiden terveyteen liittyvän elämänlaadun on todettu olevan merkittävästi huonompi kuin verrokeilla (Saarijärvi ym. 2002). Vakavasta masennuksesta kärsivien ihmisten elämänlaadusta tehdyn kirjallisuuskatsauksen mukaan vakava masennus on yhteydessä työkyvyttömyyteen, huonontuneeseen terveydentilanteeseen ja huonompaan elämänlaatuun (Papakostas ym. 2004).

Pitkään mielenterveysoireista kärsineiden ihmisten terveyteen liittyvää elämänlaatua tai siihen yhteydessä olevia sosiodemografisia, psyykkisiä tai somaattisia tekijöitä ei ole aiemmin tutkittu paljon yleisväestötösten avulla. Mielenterveyttä käsittelevät terveyteen liittyvän elämänlaadun tutkimukset ovat keskittyneet potilaisiin (Hays ym. 1995, Wells & Sherbourne 1999, Saarijärvi ym. 2002, Papakostas ym. 2004, ten Doesschate ym. 2010) tai yleisväestötutkimuksissa itse ilmoitettuihin psykiatriisiin sairauksiin (Burström ym. 2001, Isacson ym. 2005, Ko & Coons 2006). Terveyteen liittyvään elämänlaatuun

yhteydessä olevia tekijöitä on tutkittu lähinnä somaattisesti (Mrus ym. 2005, Miller & Dishon 2006, Bourbonnais & Samavati 2010) tai laajoissa yleisväestötöksissä (Aalto ym. 1999, Lubetkin ym. 2005, Vuillemin ym. 2005, Zahran ym. 2005, Ford ym. 2008, Cherepanov ym. 2010).

Haavoittuvien väestönosien näkökulmaa ja arviota omasta terveydestään, elämänlaadustaan ja siihen vaikuttavista tekijöistä on tärkeää tuoda esille terveydenhuoltohenkilöstölle ja poliittisille päättäjille. Tämä tieto on apuna kliinisessä ja terveystieteellisessä päätöksenteossa, väestön terveyden edistämässä, terveyserojen vähentämisessä, tarvittavien interventioiden suunnittelussa ja arjen hoitotyössä.

Tämä tutkimus on osa Kuopion yliopistollisen sairaalan psykiatrian klinikan depressioprojektin väestötutkimusta, joka toteutettiin vuosina 1998–2006. Monitieteisen tutkimusprojektin tavoitteena on ollut koota tietoa pohjoissavolaisen aikuisväestön mielen-terveydestä ja sen riskitekijöistä. Aiempia projektin tutkimuksia (postikyselyt v. 1998, 1999, 2001) täydentävä uusi kliininen tutkimusvaihe toteutui vuosina 2004–2006.

Tämän tutkimuksen tavoitteena on tuottaa yleisväestötöksen avulla tietoa, joka auttaa hoitotyöntekijöitä ja muuta terveydenhuoltohenkilöstöä tunnistamaan terveyteen liittyvää elämänlaatua heikentäviä tekijöitä ja siten edistämään mielenterveysoireista kärsivien ja yleisväestön ihmisten terveyteen liittyvää elämänlaatua.

2 *Terveyteen liittyvä elämänlaatu ja siihen yhteydessä olevat tekijät*

2.1 TERVEYTEEN LIITTYVÄ ELÄMÄNLAATU

Terveyteen liittyvä elämänlaatu on subjektiivinen, kokemuksellinen käsite (Guyatt ym. 1993, Hays ym. 1993, Ferrans ym. 2005, Katschnig 2006), koska siinä ihminen arvioi itse omaa terveyttään, hyvinvointiaan ja toimintakykyään. Terveyteen liittyvän elämänlaadun käsitteen määrittäminen ja sen mittaaminen perustuu käsitykseen terveydestä (Aro ym. 1993, Aalto ym. 1999, Bowling 1997, 2005, Sousa & Williamson 2003). Useimmiten perustana on WHO:n (1948) laaja määrittely terveydestä fyysisenä, psyykkisenä ja sosiaalisena hyvinvointina eikä pelkästään sairauden puuttumisena (WHO 2003).

Hoitotieteelliset terveyden määritelmät korostavat ihmisen subjektiivista kokemusta terveydestä. Terveyden arvioinnissa ovat mukana yksilön omat tiedot, kokemukset ja tulkinnat. Terveys on osa yksilön subjektiivista todellisuutta ja samalla vuorovaikutusta ympäristön todellisuuden kanssa. Terveys nähdään ihmisen henkilökohtaisena voimavarana tai kyynä, joka on fyysistä, psyykkistä, henkistä ja sosiaalista. Ympäristö luo yksilölle puitteet ylläpitää ja edistää terveyttään ja hoitaa sairauttaan. Hoitotieteessä terveyttä tarkastellaan usein moniulotteisena, ihmisen kokonaisuutta kuvaavana tilana tai muuttuvana prosessina. (Lauri & Elomaa 1997, Rissanen 1999, Taylor ym. 2005.)

Tässä hoitotieteellisessä ja monitieteisessä tutkimusprojektissa toteutetussa tutkimuksessa terveydestä painottuu mielenterveyden osa-alue. Mielenterveys on osa kokonais-terveyttä ja hyvinvointia (Power 2010). Fyysinen ja psyykinen terveys ovat jatkuvassa vuorovaikutuksessa keskenään (Herrman 2001, Power 2010). WHO:n määritelmän mukaan mielenterveys on älyllisen ja sosiaalisen hyvinvoinnin tila, jossa yksilö ymmärtää omat kykynsä, pystyy toimimaan elämän normaalitilassa, työskentelemään tuottavasti tai tuloksellisesti ja toimimaan yhteisönsä jäsenenä. Se ei ole vain sairauden puuttumista. Mielenterveyden käsitteistöön kuuluvat sekä positiivinen mielenterveys että mielenterveyden ongelmat. Positiivinen mielenterveys nähdään voimavarana, joka on keskeinen yleiselle hyvinvoinnille sekä kyvyille havaita, ymmärtää ja tulkita ympäristöä sekä viestiä keskenään. Se on erottamaton osa terveyttä heijastaen yksilön ja ympäristön välistä jatkuvasti muuttuvaa tasapainoa. (WHO 2007.) Positiivinen mielenterveys sisältää hyvinvoinnin kokemuksen, yksilölliset voimavarat (itsetunto, terveelliset elämäntavat, myönteinen elämänasenne, kyky oppia, elämänhallinta), kyvyn tyydyttää ihmisiin ja kyvyn kohdata vastoinkäymisiä. Mielenterveysongelmat käsittävät psyykkisen stressin, mielenterveyden häiriöt (masennus, ahdistuneisuushäiriö), vaikeat psyykkiset häiriöt (psykoosit), päihteiden väärinkäytön, persoonallisuushäiriöt ja etenevät elimelliset aivosairaudet. (Lavikainen ym. 2004, Mittelmark 2005, WHO 2007, Kylmä ym. 2009.) Terveyteen liittyvän elämänlaadun edistämisessä mielenterveys on

tärkeässä asemassa. Mielenterveyden edistäminen on positiivisen mielenterveyden edistämistä, mielenterveyden häiriöiden ehkäisemistä (Mittelmark 2005, Zechmeister ym. 2008, Kylmä ym. 2009, WHO 2010) ja niiden hoitamista (Herrman 2001, Woodhouse 2010).

Terveystutkijat ovat melko yksimielisiä terveyteen liittyvän elämänlaadun moniulotteisuudesta. WHO:n terveystermien mukaisesti terveyteen liittyvässä elämänlaadussa erotetaan usein kolme pääulottuvuutta: fyysinen, psyykkinen ja sosiaalinen hyvinvointi. (Aro ym. 1993, Aalto ym. 1999.) Käsite eroaa laajasta elämänlaadun käsitteestä, joka sisältää sellaisia elämän alueita, joita ei yleensä pidetä terveyteen liittyvinä, kuten tulot ja vapaus (Sousa & Williamson 2003).

Kansainvälisissä tutkimuksissa useimmiten käytetty terveyteen liittyvän elämänlaadun määrittely on yhdysvaltalainen Medical Outcomes Study (MOS) (1992, 1993) -määrittely. Siinä terveyteen liittyvä elämänlaatu nähdään alueena, jolla terveys vaikuttaa yksilön toimintakykyyn ja koettuun fyysiseen, psyykkiseen ja sosiaaliseen hyvinvointiin (Ware Jr ym. 1992, Hays ym. 1993, 2002). Terveyteen liittyvä elämänlaatu on osa yleistä elämänlaatua ja suhteessa ihmisen aikaisempaan terveydentilaan, ominaisuuksiin, taustaan ja tavoitteisiin (Aro & Mähönen 1993, Uutela & Aro 1993).

Tässä tutkimuksessa terveyteen liittyvän elämänlaadun käsite on määritelty soveltaen Rodgersin (1989, 1993a, b) kehittämää evolutiivista käsitteanalyysia. Se ohjaa tarkastelemaan valittua käsitettä ja sen ajallista kehittymistä systemaattisesti aikaisemman kirjallisuuden perusteella. Evolutiivisen käsitteanalyysin tarkoituksena on tunnistaa käsitteen ominaisuudet ja määrittellä käsite mahdollisimman selkeästi, jolloin käsitteen käyttö tehostuu eri yhteyksissä. Evolutiivisessa käsitteanalyysissa etsitään käsitteen tausta, tunnistetaan korvaavat käsitteet ja käsitteen relevantit käyttötavat, tunnistetaan ja valitaan sopiva otos aineiston keruulle, tunnistetaan käsitteen ominaispiirteet, ennakoehdot ja seuraukset, tunnistetaan siihen yhteydessä olevat käsitteet ja lähikäsitteet, kuvaillaan käsitteen mallitapaus, tehdään eri tieteiden välisiä vertailuja ja tutkitaan käsitteen ilmenemistä eri aikoina. Tässä tutkimuksessa tieteiden välinen vertailu painotuu hoitotieteeseen ja lääketieteeseen, koska ne muodostavat pääosin tämän tutkimuksen teoreettisen viitekehyksen.

Rodgersin käsitteanalyysi, terveyteen liittyvän elämänlaadun käsitteen tunnistaminen, nimeäminen, käyttäminen sekä aineiston keruu ja analyysi on esitetty liitteessä 2. Elämänlaatua, toiminnallista tilaa tai toimintakykyä ja terveydentilaa on käytetty vaihtoehtoisina käsitteinä terveyteen liittyvälle elämänlaadulle, mikä on aiheuttanut teoreettista sekaannusta (Spitzer 1987, Guyatt ym. 1993). Terveyteen liittyvään elämänlaatuun yhteydessä olevat ja lähikäsitteet on kuvattu liitteessä 3.

2.1.1 Käsitteen ominaispiirteet

Terveyteen liittyvä elämänlaatu nähdään osana laajaa ja yleistä elämänlaadun käsitettä. Terveyteen liittyvään elämänlaatuun on käsitteen käytön ensisijaisesti alkaen liitetty moniulotteisuuden (psyykkinen, fyysinen ja sosiaalinen alue) ja subjektiivisuuden ominaispiirteet. Tavallisimmin hoitotieteessä (Sousa ym. 1999, Mikkelsen ym. 2009, Gorecki

ym. 2010, Larsson ym. 2010) ja myös lääketieteessä (Ware Jr & Sherbourne 1992, Hays ym. 1993, Pisinger ym. 2009) sen kuvataan ilmaisevan ihmisen omaa havaintoa, arviota tai kokemusta fyysisestä, psyykkisestä ja sosiaalisesta hyvinvoinnistaan sekä toimintakyvystään. Fyysisen, psyykkisen ja sosiaalisen alueen lisäksi terveyteen liittyvään elämänlaatuun on liitetty kognitiivinen (Mikkelsen ym. 2009), biologinen ja fysiologinen alue (Wilson & Cleary 1995) sekä oiretilanne (Wilson & Cleary 1995, Gorecki ym. 2010). Esimerkiksi Goreckin ja kumppaneiden (2010) hoitotieteelliseen käsitteelliseen malliin terveyteen liittyvästä elämänlaadusta kuuluu neljä aluetta: fyysinen toimintakyky, psykologinen hyvinvointi, sosiaalinen toimintakyky ja sairausspesifiset oireet. Biologisten ja fysiologisten tekijöiden merkitystä terveyteen liittyvälle elämänlaadulle on tutkittu varsinkin somaattisista sairauksista kärsivien potilaiden kohdalla (Wilson & Cleary 1995, Ye ym. 2008).

Terveyteen liittyvän elämänlaadun (HRQL) on nähty mittaavan sairauden tai sen oireiden vaikutuksia ihmisen terveyteen hänen itsensä kokemana sekä hoitotieteellisissä (Sousa & Williamson 2003, Gorecki ym. 2010, Palfreyman ym. 2010) että lääketieteellisissä tutkimuksissa (Guyatt ym. 1993, Patel ym. 2007, Ahmed ym. 2008). Haysin ja kumppaneiden (2002) lääketieteellisen määritelmän mukaan HRQL kuvaa sitä elämänlaadun aluetta, jolla terveys vaikuttaa yksilön toimintakykyyn ja fyysiseen, psyykkiseen ja sosiaaliseen hyvinvointiin. Kamphuis ja kumppanit (2004) ovat määritelleet lääketieteessä terveyteen liittyvää elämänlaatua siten, että se arvioi sairauden ja hoidon vaikutusta päivittäiseen elämään pitkäaikaisesti sairailta ihmisillä. Ferransin ja kumppaneiden (2005) hoitotieteellisen käsitteellisen mallin mukaan terveyteen liittyvä elämänlaatu kertoo terveyden, sairauden ja hoidon vaikutuksista elämänlaatuun.

Parempi terveyteen liittyvä elämänlaatu nähdään tärkeänä hoidon tavoitteena sekä hoitotieteessä (Clark ym. 2003) että lääketieteessä (Michalac ym. 2004, Arden-Close ym. 2010). Se on myös mitattavissa oleva hoidon tulos sekä hoitotieteessä (Mikkelsen ym. 2009, Gorecki ym. 2010) että lääketieteessä (Ahmed ym. 2008, Arden-Close ym. 2010). Lääketieteen alueella Spitzer toi jo vuonna 1987 esille terveyteen liittyvän elämänlaadun hoidon tavoitteena ja sen lopputuloksena.

Terveyteen liittyvän elämänlaadun käsite on muuttunut ajan kuluessa. Esimerkiksi Ware Jr ja Sherbourne (1992) sisällyttivät aluksi siihen vain fyysisen ja psyykkisen ulottuvuuden, mutta Ware Jr (2003) on ehdottanut käsitteeseen liitettäväksi selkeämmin myös osallistumisen eli sosiaalisten roolitoimintojen ulottuvuuden. Eri terveyteen liittyvän elämänlaadun mittarit painottavat ulottuvuuksia eri tavalla. Hoitotieteessä (Moons 2004) ja lääketieteessä (Kamphuis ym. 2004) on tuotu esille, että terveyteen liittyvään elämänlaatuun sisältyy kaksoissubjektiivisuus eli potilaan oma arvio (kognitiivinen prosessi) ja lisäksi tyytyväisyys (emotionaalinen prosessi) fyysisestä, psyykkisestä ja sosiaalisesta terveydestä ja toimintakyvystä. Yksilön kokema terveyteen liittyvä elämänlaatu voi vaihdella elämän aikana sairauden takia tai hoidon tuloksena (Larsson ym. 2010). Terveyteen liittyvän elämänlaadun ominaispiirteet hoitotieteessä ja lääketieteessä on kuvattu taulukossa 1.

Hyvä terveyteen liittyvä elämänlaatu on yhteydessä ihmisen selviytymiseen erilaisien sairauksien ja oireiden kanssa (Sousa ja Williamson 2003, Ye ym. 2008). Se on yhteydessä myös laadukkaampiin elinvuosiin (Guyatt ym. 1993, Eide ym. 2005). Hyvä terveyteen liittyvä elämänlaatu vähentää sairaalahoitopäiviä ja lisää hoitoon sitoutumista (Sousa ym. 1999). Sairauden oireiden, fyysisen kunnon heikkenemisen ja negatiivisen mielialan vaikutus vähenee ja itsestä huolehtiminen, omaan kuntoutukseen osallistuminen ja selviäminen päivittäisistä toiminnoista paranee (Hu & Meek 2005), jos ihminen kokee terveyteen liittyvän elämänlaatunsa hyvänä.

Terveyteen liittyvän elämänlaatunsa huonoksi kokeva ihminen määrittelee usein itsensä sairaammaksi kuin ihminen, jolla on hyvä terveyteen liittyvä elämänlaatu (Friedman 2003). Huono terveyteen liittyvä elämänlaatu lisää pelkoa sairauden seurauksista (Marden 2005) ja pitää yllä tai saa aikaan epäterveitä elämäntapoja (Vuillemin ym. 2005). Huonoa terveyteen liittyvää elämänlaatua ennakoivina tekijöinä on nähty huono itsetunto (England 2005, Kuehner & Buerger 2005, Cantrell & Lupinacci 2008) ja voimakas sairaudentunne (Friedman 2003).

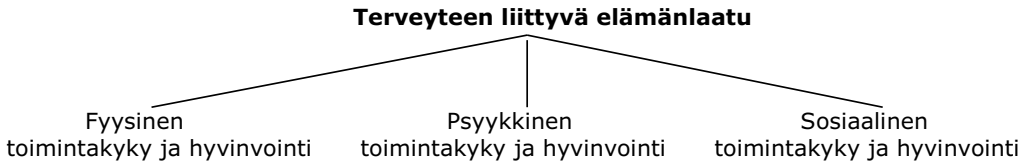
Terveyteen liittyvä elämänlaatu -käsitteen ennakkoehdot, ominaisuudet ja seuraukset eri tieteenaloilla on kuvattu tarkemmin liitetaulukossa 1.

Taulukko 1. Terveysteen liittyvän elämänlaadun ominaispiirteet hoitotieteessä ja lääketieteessä

Hoitotiede	Lääketiede
Moniulotteisuus	Moniulotteisuus
Subjektiiivisuus	Subjektiiivisuus
Oma arvio/havainto ja kokemus	Itse ilmoitettu ja havaittu
Kaksoissubjektiiivisuus	Kaksoissubjektiiivisuus
Yksilöllisyys	Yksilöllisyys
Muutos terveydessä	Muutos terveydessä
Alue, johon sairaus, terveys ja hoitotoimenpiteet vaikuttavat	Alue, johon sairaus, terveys ja hoitotoimenpiteet vaikuttavat
Muuttuva	Sairauden vaikutus päivittäiseen elämään
Terveysteen keskittynyt	Hoidon tavoite
Monimerkityksellisyys	Hoidon tulos
Ei-sairausspesifinen tai sairausspesifinen	Hoidon tulostittari
Vastaus sairauteen ja oireisiin	Mittaa terveystulosta
Hoidon tavoite	
Hoitotoimenpiteiden tulos	
Terveystedenhuollon toimenpiteiden tulosindikaattori	

2.1.2 Yhteenveto terveyteen liittyvän elämänlaadun käsitteestä

Terveysteen liittyvä elämänlaatu -käsite (health-related quality of life = HRQL) on suppeampi kuin yleinen elämänlaadun käsite. Terveysteen liittyvän elämänlaadun käsite sisältää ne ihmisen elämänalueet, joihin terveys, pitkäaikaiset sairaudet sekä niiden oireet ja terveydenhuollon toimenpiteet vaikuttavat. Se on yksilön subjektiiivinen havainto ja kokemus omasta fyysisestä, psyykkisestä ja sosiaalisesta hyvinvoinnistaan ja toimintakyvystään ja niihin vaikuttavista tekijöistä (kuvio 1). Terveysteen liittyvän elämänlaadun käsitettä käytetään arvioitaessa pitkäaikaisten sairauksien vaikutusta ihmisen hyvinvointiin ja toimintakykyyn. Käsite tarkoittaa tällä hetkellä yhä useammin hoidon tärkeintä tavoitetta ja lopputulosta sekä mitattavissa olevaa muutosta terveydessä. Hoitotieteessä ja lääketieteessä ei ole juurikaan eroja käsitteen määrittelyssä.



Kuvio 1. Terveyteen liittyvän elämänlaadun käsite

2.2 TERVEYTEEN LIITTYVÄÄN ELÄMÄNLAATUUN YHTEYDESSÄ OLEVAT TEKIJÄT

Useat sosiodemografiset, psyykkiset ja somaattiset tekijät ovat yhteydessä terveyteen liittyvään elämänlaatuun (kuvio 2).

2.2.1 Sosiodemografiset tekijät

Naisilla on todettu miehiä huonompi terveyteen liittyvä elämänlaatu sekä kliinisissä (Mrus ym. 2005, Miller & Dishon 2006, Bourbonnais & Samavati 2010) että yleisväestötutkimuksissa (Guallar-Castillón ym. 2005, Saarni ym. 2006, Cherepanov ym. 2010). Cherepanovin ja kumppaneiden (2010) laajassa väestötutkimuksessa naisten huonompaa terveyteen liittyvää elämänlaatua selitti miehiä huonompi tulotaso ja siviilisääty; naiset olivat miehiä useammin eronneita, leskiä tai yksin asuvia. Prausen ja kumppaneiden tutkimuksen (2005) mukaan naimisissa olevien terveyteen liittyvä elämänlaatu oli parempi kuin naimattomien tai eronneiden.

Korkea ikä on ollut useissa väestötutkimuksissa yhteydessä alentuneeseen terveyteen liittyvään elämänlaatuun (Aalto ym. 1997, 1999, Guallar-Castillón ym. 2005, Lubetkin ym. 2005, Saarni ym. 2006). Samoin koulutustaso (Aalto ym. 1997, 1999, Lubetkin ym. 2005, Vuillemin ym. 2005, Saarni ym. 2006) ja taloudellinen tilanne (Lubetkin ym. 2005, Sullivan ym. 2005, Saarni ym. 2006) ovat olleet yhteydessä terveyteen liittyvään elämänlaatuun. Työkyvyttömyys, työttömyys (Zahran ym. 2005) ja yksin asuminen (Vuillemin ym. 2005, Zahran ym. 2005) on liitetty alentuneeseen terveyteen liittyvään elämänlaatuun. Yleisväestötutkimuksissa elämäntapatekijät, kuten tupakointi (Pisinger ym. 2009, Vogl ym. 2012) ja liiallinen alkoholin käyttö, ovat olleet yhteydessä alentuneeseen terveyteen liittyvään elämänlaatuun (Vuillemin ym. 2005, Saarni ym. 2008, Pisinger ym. 2009).

2.2.2 Psyykkiset tekijät

Mielenterveyden heikkenemisen on todettu olevan yhteydessä väestön alentuneeseen terveyteen liittyvään elämänlaatuun ja terveyskäyttäytymiseen (Strine ym. 2004). Saarnin (2008) TERVEYS 2000 -tutkimuksen aineistosta tekemän tutkimuksen mukaan mie-

lenterveyden häiriöistä kärsivillä (strukturoitu mielenterveyshaastattelu / M-CIDI) oli matalin terveyteen liittyvä elämänlaatu kaikissa ikäluokissa. Masennuksen lisäksi varsinakin dystymia, julkisten paikkojen pelko, yleistynyt ahdistuneisuushäiriö ja sosiaalisten tilanteiden pelko heikensivät terveyteen liittyvää elämänlaatua. Nuorimmissa ikäluokissa mielenterveyden häiriöt olivat suurin kuormituksen aiheuttaja. (Saarni 2008.)

Masennus

Masennustilan keskeisiä oireita ovat mielialan lasku sekä mielenkiinnon ja mielihyvän kokemisen menettäminen. Tavallisia oireita ovat keskittymis- ja univaikeudet, ruokahalun vähentyminen, itseluottamuksen ja -tunnon lasku, energian väheneminen, syyllisyyden ja arvottomuuden tunteet, itsetuhoajatukset ja -toimet sekä seksuaalisen halukkuuden väheneminen. Masennustila voidaan luokitella lieväksi, keskivaikeaksi, vaikeaksi tai psykoottiseksi oireiden määrän ja vaikeuden perusteella. (ICD-10 1997.)

Laajan kirjallisuuskatsauksen mukaan vakava masennus ja sen oireet ovat yhteydessä työkyvyttömyyteen, huonoon terveydentilaan ja huonoon elämänlaatuun (Papakostas ym. 2004). Masennus heikentää terveyteen liittyvää elämänlaatua sen kaikilla osaluokilla sekä potilailla (Hays ym. 1995, Wells & Sherbourne 1999, Saarijärvi ym. 2002, ten Doesschate ym. 2010) että yleisväestössä (Goldney ym. 2000, Burström ym. 2001, Isacson ym. 2005, Ko & Coons 2006, Gerhards ym. 2011).

Masennuksen ja sen oireiden on todettu alentavan terveyteen liittyvää elämänlaatua laaja-alaisemmin kuin somaattisten sairauksien. Ihmisillä, jotka kärsivät masennuksesta, ahdistuneisuudesta tai tunne-elämän ongelmista, oli selkä- ja niskasairauksia, diabetesta tai verenpainetauti sairastaviin ihmisiin verrattuna merkittävästi huonompi terveyteen liittyvä elämänlaatu mitattuna terveinä päivinä. (Cook & Harman 2008) Masennuksen vaikutuksen väestön terveyteen liittyvään elämänlaatuun on todettu olevan verrannollinen artriitin, diabeteksen ja verenpainetaudin vaikutuksiin (Gaynes ym. 2002). Yhdysvaltalaisen tutkimuksen mukaan masentuneilla (dg) tai masennusoireista kärsivillä potilailla oli huonompi fyysinen ja sosiaalinen toimintakyky ja roolitoiminta, huonompi koettu terveys ja enemmän ruumiillisia kipuja kuin ei-kroonisista sairauksista kärsivillä (Wells ym. 1989). Toisen yhdysvaltalaisen masennuspotilaita koskevan kaksivuotisen seuranta-tutkimuksen mukaan masennuksen aiheuttamat toimintarajoitteet (arvioituna SF-36-mittarilla) säilyivät seuranta-aikana samalla tasolla kuin diabeteksen, verenpainetaudin, vastasairastetun sydäninfarktin tai kongestiivisen sydänsairauden aiheuttamat rajoitteet (Hays ym. 1995).

Vakava masennus heikentää väestön terveyteen liittyvää elämänlaatua (SF-36) enemmän kuin muut depressiiviset oireyhtymät (Goldney ym. 2000). Mitä vakavampi masennustila on, sitä selvempi on sen yhteys alentuneeseen fyysiseen, psyykkiseen ja sosiaaliseen toimintakykyyn (SF-36) (Kruijshaar ym. 2003), ja mitä pidempi masennuksen kesto on, sitä enemmän se alentaa terveyteen liittyvää elämänlaatua (Gerhards ym. 2011). Masennuspotilailla oireiden vaikeusaste on yhteydessä huonoon terveyteen liittyvään elämänlaatuun (SF-36) (ten Doesschate ym. 2010).

Ruotsalaisessa väestötutkimuksessa ihmisillä, joilla oli vähintään yksi sairaus, terveyteen liittyvä elämänlaatu oli huonoin niillä, jotka olivat haastattelussa ilmoittaneet kärsivänsä masennussairaudesta (Burström ym. 2001). Toisessa ruotsalaisessa väestötutkimuksessa kaikki terveyteen liittyvän elämälaadun ulottuvuudet (SF-36) olivat alhaisempia niillä, jotka olivat vastanneet kärsivänsä masennuksesta, kuin muilla (Isacson ym. 2005). Sprangersin ja kumppaneiden (2000) väestötutkimuksessa masennuksesta kärsivillä (CIDI: The World Health Organization (WHO) Composite International Diagnostic Interview) oli huono terveyteen liittyvä elämänlaatu (SF-36) verrattuna muihin sairausryhmiin, mutta fyysinen toimintakyky koettiin yllättäen parempana ja fyysisiä roolirajoituksia vähemmän kuin muissa sairausryhmissä. Suomalaisessa väestössä laatupainotteisten elinvuosien menetyksissä suurimman tautikuorman aiheutti masennus (Saarni 2008). Suomalaisen masennuspotilaiden terveyteen liittyvä elämänlaatu (RAND-36) oli alentunut erityisesti koetun fyysisen toimintakyvyn, yleisen koetun terveydentilan sekä kivun kokemisen ulottuvuuksilla (Saarijärvi ym. 2002).

Persoonallisuushäiriöt

Persoonallisuushäiriöiden ja terveyteen liittyvän elämälaadun yhteyttä on tutkittu vähän. Ihmisillä, joilla on persoonallisuushäiriö tai -häiriöitä, on merkittävästi huonompi terveyteen liittyvä elämänlaatu (SF-12) sekä psyykkisellä että fyysisellä alueella, kuin niillä, joilla ei ole persoonallisuushäiriötä (Jackson & Burgess 2000, 2002, 2004). Useat persoonallisuushäiriöt ovat yhteydessä huomattavaan emotionaalisen alueen vajauteen ja toimintakyvyttömyyteen; varsinkin sosiaalinen toimintakyky on alentunut ja emotionaalisia roolirajoituksia on enemmän (SF-12) (Grant ym. 2004).

Alkoholin väärinkäyttö tai alkoholiriippuvuus

Liiallinen alkoholin käyttö on yhteydessä alentuneeseen terveyteen liittyvään elämälaatuun (Sprangers ym. 2000, Vuillemin ym. 2005, Saarni ym. 2008, Pisinger ym. 2009; SF-12). Joidenkin tutkimusten (SF-36) mukaan runsaasti alkoholia käyttävillä (Vuillemin ym. 2005) tai alkoholin väärinkäyttö- tai riippuvuusdiagnoosin saaneilla (Sprangers ym. 2000) oli kuitenkin lähes normaali fyysiseen terveyteen liittyvä elämälaatu. Alkoholin väärinkäyttö- tai riippuvuusdiagnoosin saaneiden terveyteen liittyvä elämälaatu oli parempi kuin ahdistuneisuus- tai masennusdiagnoosin saaneilla (Sprangers ym. 2000).

Mielenterveyden oireet

Mielenterveyden ulottuvuuksia, kuten tyytymättömyys elämään, aleksitymia, toivottomuus ja itsetuhoisuus, ei ole tutkittu paljon väestön terveyteen liittyvän elämälaadun yhteydessä. Suomalaisessa yleisväestössä tyytyväisyys elämään (Koivumaa-Honkanen ym. 2001, 2004a), aleksitymia (Honkalampi ym. 2000) ja toivottomuus (Haatainen 2004) ovat olleet yhteydessä masennukseen.

Tyytyväisyys elämään käsitetään yksilön kykynä nauttia itsestään ja omasta elämästään (Koivumaa-Honkanen ym. 2001). Sitä voidaan pitää mielen­terveyden ulottuvuute-

na (Headey ym. 1993, Vaillant 2003) ja subjektiivisen hyvinvoinnin mittarina (Koivumaa-Honkanen ym. 2001, Sirgy 2002, Ghubach ym. 2010). Tyytyväisyys elämään on vahvasti yhteydessä somaattiseen ja psyykkiseen terveyteen (Koivumaa-Honkanen ym. 2004b, Vaillant 2003).

Yleinen tyytyväisyys elämään on nähty terveyteen liittyvän elämänlaadun osatekijänä (Sprangers ym. 2002, Ahmed ym. 2008). Tyytyväisyys elämään on kuitenkin yleisen hyvinvoinnin mittari eikä samalla tavalla sidonnainen terveydentilaan kuten terveyteen liittyvä elämänlaatu (Ferrans ym. 2005). On arvioitu, että ihmisen subjektiivinen tyytyväisyys elämään voi vaikuttaa emotionaaliseen prosessiin terveyteen liittyvän elämänlaadun arvioinnissa (Moons 2004).

Tyytymättömyys elämään ja huono terveyteen liittyvä elämänlaatu ovat olleet yhteydessä väestötutkimuksissa (O’Dea ym. 1999; SF-36, Strine ym. 2008). Terveyteen liittyvä elämänlaatu ja terveyteen liittyvä riskikäyttäytyminen ovat vaihdelleet elämäntyytyväisyyden tason mukaan. Tyytyväisyyden elämään huonontuessa terveydentila, toimintakyky ja sosiaalinen tuki on koettu huonommaksi ja masennus- ja ahdistuneisuusoireita sekä uni- ja kipuongelmia on koettu enemmän (Strine ym. 2008). Elämäntyytyväisyyttä on tutkittu aiemmin lähinnä erilaisissa potilasryhmissä yleisen elämänlaadun yhteydessä (Tate & Forchheimer 2002, Imayama ym. 2011).

Aleksitymia reflektoi kognitiivisen tunneprosessin vajetta, joka voi altistaa yksilöitä psyykkisille ja somaattisille oireille. Suomalaisessa yleisväestötutkimuksessa aleksitymia, erityisesti tunteiden tunnistamisen vaikeus, oli selvästi yhteydessä matalaan terveyteen liittyvään elämänlaatuun. Aleksitymia arvioitiin huonoon terveyteen liittyvään elämänlaatuun altistavaksi tekijäksi. (Mattila ym. 2009.)

Toivottomuudella tarkoitetaan itseä ja tulevaisuutta koskevia kielteisiä odotuksia (Stotland 1969, Haatainen 2004). Toivottomuuden on todettu olevan määräävä tekijä huonossa terveyteen liittyvässä elämänlaadussa syöpäpotilailla (Gustavsson-Lilius ym. 2007, Mystakidou ym. 2008). Toiveikkuus vaikutti lapsena syöpään sairastuneiden ja siitä selvinneiden ihmisten terveyteen liittyvän elämänlaadun kokemiseen (Cantrell & Lupinacci 2008). Itsetuhoisten ajatusten on tutkittu olevan yhteydessä huonoon terveyteen liittyvään elämänlaatuun väestössä (Goldney ym. 2001).

2.2.3 Somaattiset tekijät

Terveyteen liittyvää elämänlaatua heikentävät perussairausten oireet, kuten erilaiset kivut (Arnold ym. 2000; SF-36, Barton ym. 2008), uupuminen, univaikeudet, seksuaaliseen aktiivisuuteen liittyvät ongelmat ja liikkumisvaikeudet (Sousa & Williamson 2003, Kattainen 2004, Schmitz ym. 2004).

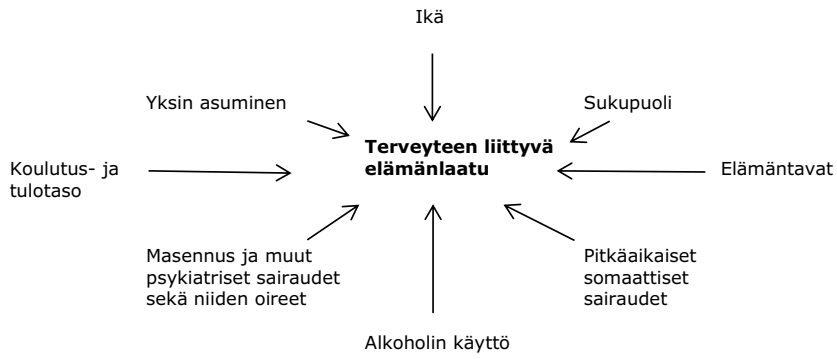
Pitkäaikaisten somaattisten sairauksien on todettu heikentävän terveyteen liittyvää elämänlaatua suomalaisissa (Koivukangas ym. 1995, Aalto ym. 1999; RAND-36, Saarni 2008) ja kansainvälisissä väestötutkimuksissa (Burström ym. 2001, Alonso ym. 2004; SF-36). On tutkittu, että monet yhtäaikaiset sairaudet heikentävät psyykkistä ja fyysistä terveyteen liittyvää elämänlaatua ja päivittäisiä toimintoja (Loza ym. 2009; SF-12, Bayliss ym. 2012; SF-36)

Suomalaisessa väestötutkimuksessa tuki- ja liikuntaelinten sairaudet heikensivät laajimmin terveyteen liittyvää elämänlaatua, seuraavina tulivat ahdistuneisuus ja depressiiviset häiriöt. Masennuksen jälkeen suurimman tautikuorman aiheuttivat virtsainkontinenssi ja polven tai lonkan nivelrikko (Saarni 2008). Myös kansainvälisissä tutkimuksissa tuki- ja liikuntaelinten sairaudet heikensivät väestön terveyteen liittyvää elämänlaatua (Picavet & Hoeymans 2004, Gottberg ym. 2006), etenkin fyysistä toimintakykyä ja fyysisiä roolirajoituksia (SF-36) (Picavet & Hoeymans 2004).

Iskeemisellä sydänsairaudella ja kongestiivisella sydänlihaksen toimintahäiriöllä (congestive heart failure) oli vahva fyysistä terveyteen liittyvää elämänlaatua (SF-36) heikentävä vaikutus kahdeksassa eri Euroopan maassa tehdyssä tutkimuksessa (Alonso ym. 2004). Ruotsalaisessa väestötutkimuksessa myös verenpainetauti ja angina pectoris alensivat terveyteen liittyvää elämänlaatua useimmalla SF-36:n ulottuvuudella (Bardage & Isacson 2001). Sepelvaltimotaudin on todettu heikentävän varsinkin naisten terveyteen liittyvää elämänlaatua laajassa yhdysvaltalaisessa yleisväestötutkimuksessa (Ford ym. 2008). Lukkarisen (1999) ja Kattaisen (2004) tulosten mukaan sepelvaltimotautia sairastavien terveyteen liittyvä elämänlaatu oli ennen hoitotoimenpiteitä merkittävästi huonompi kuin samanikäisellä muulla väestöllä ja ohitusleikkauksen ja pallolääjennuksen jälkeen potilaiden elämänlaatu parani.

Väestötutkimuksissa ihmisillä, joilla oli ollut aivohalvaus tai artriitti tai molemmat, oli huomattavasti huonompi terveyteen liittyvä elämänlaatu kuin niillä, joilla näitä sairauksia ei ollut (Grootendorst ym. 2000). Diabetes (Bardage & Isacson 2001, Bayliss ym. 2012), nivelreuma (Barton ym. 2008, Loza ym. 2009) ja Parkinsonin tauti heikentävät terveyteen liittyvää elämänlaatua yleisväestössä (Saarni 2008, Terriff ym. 2012).

Yleisväestötutkimuksissa lihavuus (Fontaine & Barofsky 2001, Jia & Lubetkin 2005) on ollut yhteydessä alentuneeseen terveyteen liittyvään elämänlaatuun sekä miehillä että naisilla. Liikalihavuuden (Fontaine & Barofsky 2001) ja painoindeksin (body mass index = BMI) (Vuillemin ym. 2005) on todettu olevan yhteydessä varsinkin terveyteen liittyvän elämänlaadun fyysisiin osa-alueisiin (SF-36; PCS). Korkea ja matala BMI ovat yhteydessä alentuneeseen terveyteen liittyvään elämänlaatuun sekä naisilla että miehillä (Søltoft ym. 2009). Alipainoisten miesten terveyteen liittyvä elämänlaatu on todettu erityisen huonoksi (Garner ym. 2012). Myös suuri vyötärön ympärys on ollut yhteydessä huonoon terveyteen liittyvään elämänlaatuun (Han ym. 1998). Matalat testosteronipitoisuudet on liitetty ikäänntyvillä miehillä depression, ahdistuneisuuden, ärtyneisyyden ja unettomuuden oireisiin (Lund ym. 1999). Toisaalta esimerkiksi lihakseen annettu testosteronihoito ei parantanut iäkkäämpien miesten terveyteen liittyvää elämänlaatua (SF-36) (Reddy ym. 2000).



Kuvio 2. Terveysteen liittyvään elämänlaatuun yhteydessä olevia tekijöitä

3 Tutkimusongelmat

Tutkimuksen tarkoituksena on kuvata ja tutkia mielenterveydeltään pitkäaikaisesti oireilevien ja oireettomien 25–64-vuotiaiden ihmisten terveyteen liittyvää elämänlaatua ja siihen yhteydessä olevia tekijöitä pohjoissavolaisessa väestötöksessä.

Mielenterveydeltään pitkäaikaisesti oireilevilla tarkoitetaan tässä tutkimuksessa useita vuosia masennusoireista, tyytymättömyydestä elämään, aleksityymisistä piirteisistä tai toivottomuudesta kärsineitä ihmisiä ja mielenterveydeltään oireettomilla ihmisiä, joilla ei ollut merkittävästi edellä mainittuja psyykkisiä oireita tai muita rasitetekijöitä. Diagnostisoiduilla henkilöillä tarkoitetaan niitä tutkittavia, joilla täyttyivät diagnostisen haastattelun mukaiset vakavan masennustilan, persoonallisuushäiriön, alkoholin väärinkäytön tai alkoholiriippuvuuden, kaksisuuntaisen mielialahäiriön tai muun vakavan mielenterveydenhäiriön kriteerit, sekä niitä, joilla oli lääkärin toteama somaattinen sairaus. Terveillä tarkoitetaan henkilöitä, jotka eivät saaneet diagnostisessa haastattelussa psykiatrissa diagnoosia ja joilla ei ollut lääkärin toteamaa somaattista sairautta.

Tutkimuskysymykset ovat seuraavat:

1. Millainen on väestötöksessä mukana olleiden ihmisten terveyteen liittyvä elämänlaatu (osajulkaisut I, II, III, IV)?
2. Miten sosiodemografiset tekijät ovat yhteydessä terveyteen liittyvään elämänlaatuun (osajulkaisut I, II, IV)?
3. Miten psyykkiset tekijät ovat yhteydessä terveyteen liittyvään elämänlaatuun (osajulkaisut I, II, III, IV)?
4. Miten somaattiset tekijät ovat yhteydessä terveyteen liittyvään elämänlaatuun (osajulkaisut I, II, III)?

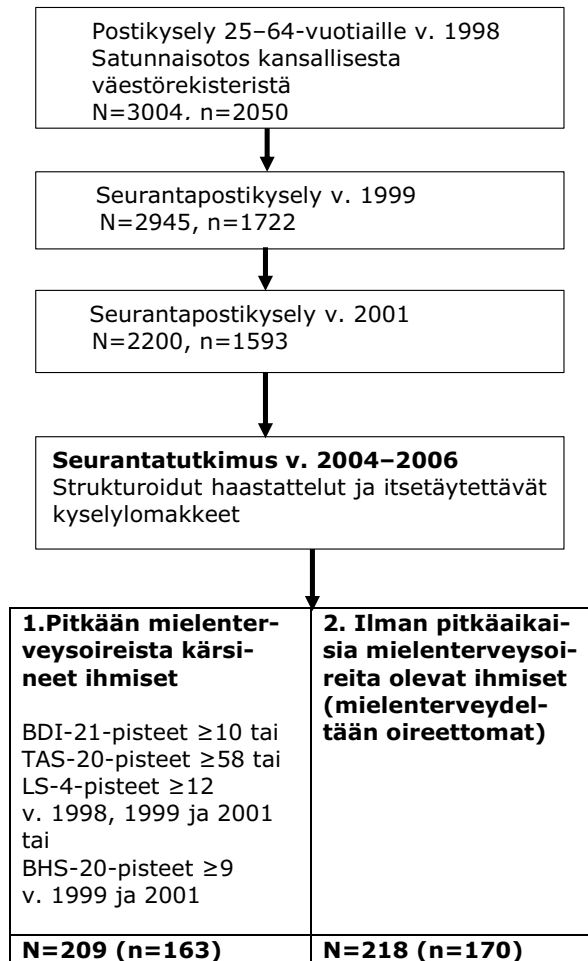
4 Tutkimusmenetelmät ja aineiston analyysi

4.1 TUTKIMUSMENETELMÄT

4.1.1 Tutkittavat

Tutkittavat poimittiin aiemman Kuopion yliopistollisen sairaalan (KYS) psykiatrian klinikassa tehdyn tutkimuksen pohjoissavolaisesta yleisväestötöksestä vakioimalla ryhmät iän ja sukupuolen mukaan. Ensimmäinen väestötanta vuonna 1998 kohdistettiin 25–64-vuotiaisiin pohjoissavolaisiin ihmisiin, joiden osoitetiedot poimittiin satunnaisotantana väestörekisteristä (N=3004, n=2050). Vastausprosentti oli 68 %. Postikysely toistettiin huhtikuussa 1999 ja uusintakyselyyn vastasi 1722 ihmistä (N=2945). Postikysely tehtiin kolmannen kerran huhti-toukokuussa 2001, jolloin siihen vastasi 1593 henkilöä (N=2200). Tästä perusjoukosta poimittiin vuosina 2004–2006 tehtyyn tutkimukseen pitkään mielenterveysoireista kärsineet ihmiset, joilla oli kaikissa aiemmissa postikyselyissä vuosina 1998, 1999 ja 2001 joko masennusoireilua (BDI-21-pisteet yli 9) tai tyytymättömyyttä elämään (LS-4-pisteet yli 11) tai aleksityymisiä piirteitä (TAS-20-pisteet yli 57) tai toivottomuutta (BHS-20-pisteet yli 8 kahdessa viimeisessä mittauksessa). (Viinamäki ym. 2004, Viinamäki ym. 2009.) Tutkimusryhmän otoskoko oli N=209. Lopullinen osallistujien määrä oli 163 ja vastausprosentti 77,9 %. Pitkään mielenterveysoireista kärsineiden miesten (n=68) vastausprosentti oli 77 % ja naisten (n=95) 79 %.

Mielenterveydeltään pitkäaikaisesti oireileville muodostettiin vertailuryhmä (N=218), johon poimittiin edellä mainittujen mielenterveysindikaattoreiden mukaan mielenterveydeltään oireettomat ihmiset vuosina 1998–2001. Lopullinen osallistujien määrä oli 170 ja vastausprosentti 77,9 %. Koko tutkimusaineiston tavoiteltu otoskoko oli 350. Koko aineiston otoskooksi muodostui 333 ja vastausprosentiksi 78 %. Tutkimusasetelma on kuviossa 3.



Kuvio 3. Tutkimusasetelma

Pitkään mielenterveysoireista kärsineiden ryhmässä tutkimukseen osallistumisen esteinä olivat haluttomuus osallistua (n=18), huono terveydentila (n=6) ja se, että heihin ei saatu yhteyttä (n=22). Viisi henkilöä suljettiin analyysistä puutteellisten vastausten takia. Koko aineistossa osallistumisen esteinä olivat haluttomuus osallistua (n=48), huono terveydentila (n=9) ja ei saatu yhteyttä (n=37). Puutteellisten vastausten takia neljä henkilöä suljettiin pois tutkimusanalyysistä. Ensimmäisen osajulkaisun analysoitava aineisto koostui pitkään mielenterveysoireista kärsineistä miehistä (n=63), ja toisen osajulkaisun aineiston muodostivat pitkään mielenterveysoireista kärsineet miehet ja naiset (n=158). Kolmannessa osajulkaisussa (n=257) muodostettiin viisi diagnoosiryhmää, joihin kuuluvien ihmisten terveyteen liittyvää elämänlaatua verrattiin terveisiin. Neljän-

nessä osajulkaisussa analysoitavan aineiston muodostivat pitkään mielenterveysoireista kärsineet ja oireettomat väestön ihmiset (n=329). (Taulukko 2.)

Taulukko 2. Osajulkaisuiden I–IV aineistot

Osajulkaisu	Aineisto	Aineiston koko
I Osajulkaisu	Pitkään mielenterveysoireista kärsineet ihmiset	Miehet n=63
II Osajulkaisu	Pitkään mielenterveysoireista kärsineet ihmiset	Naiset ja miehet n=158
III Osajulkaisu	Ihmiset, joilla on diagnostisoitu psyykkinen tai somaattinen sairaus, ja terveet ihmiset	n=257 Nykyinen vakavan masennuksen diagnoosi, n=33 Nykyinen persoonallisuushäiriön diagnoosi (ei vakavaa masennusta), n=31 Nykyinen alkoholin väärinkäyttö tai alkoholiriippuvuus, n=21 Tuki- ja liikuntaelinten sairaus (ei psykiatrasta diagnoosia), n=50 Sydänsairaus (ei psykiatrasta diagnoosia), n=29 Terveet (ei psykiatrasta tai somaattista diagnostisoitua sairautta), n=93
IV Osajulkaisu	Pitkään mielenterveysoireista kärsineet ja oireettomat ihmiset	n=329

4.1.2 Aineiston keruu

Tutkittavat kutsuttiin kirjeellä KYSin psykiatrian klinikan depressiotutkimuspoliklinikalle vuosien 2004–2006 aikana. Aineiston kerääminen sisälsi kliiniset, strukturoidut haastattelut, itsetäytettävät kyselylomakkeet, somaattiset tutkimukset ja laboratoriokokeet. Haastattelut teki aluksi (4 kk) haastattelumenetelmiin usean vuoden ajan perehtynyt ja niihin kouluttautunut tutkijasairaanhoitaja. Toisen tutkijasairaanhoitajan (tämän tutkimuksen tekijä) luona tutkittava täytti kyselylomakkeet ja hänelle tehtiin sovitut somaattiset tutkimukset sekä ohjelmoitiin laboratoriokokeet. Tammikuun 2005 alusta aineistoa keräsi yksi tutkijasairaanhoitaja (tämän tutkimuksen tekijä), joka perehtyi ja kouluttautui syksyn 2004 aikana haastattelumenetelmiin ja kyselylomakkeiden käyttöön. (Viinamäki ym. 2004, Viinamäki ym. 2009.)

Tutkittavat täyttivät heti käynnin alussa Suostumus tutkimukseen -lomakkeen. Psykiatriset diagnoosit arvioitiin haastattelemalla tutkittavat strukturoiduilla SCID-I (Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders) ja SCID-II (Structured Clinical

Interview for DSM-IV Axis II personality disorders)-haastattelulomakkeilla (Osajulkaisut I, II, III). Masentuneisuutta arvioitiin HDRS-haastattelulomakkeella (Osajulkaisut I–II). Tämän jälkeen tutkittavat täyttivät kyselylomakkeiston, johon sisältyivät sosio-demografiset taustamuuttujat (Osajulkaisut I, II, IV), lääkärin toteamat somaattiset sairaudet (viimeisen 12kk aikana) (Osajulkaisut I–III), tupakointi ja alkoholin käyttö (Osajulkaisut I–II) sekä itsetäytettävät mittarit: RAND-36 (terveyteen liittyvä elämänlaatu) (Osajulkaisut I–IV), BDI-21 (masentuneisuus), BHS-20 (toivottomuus), TAS-20 (aleksityymiset piirteet) (Osajulkaisut I–II) ja LS-4 (tyytyväisyys elämään) (Osajulkaisut I, II, IV). Somaattisina perustutkimuksina tutkittavilta mitattiin verenpaine, paino, pituus ja vyötärön ympäryys, ja heille laskettiin painoindeksi (Osajulkaisu I). Lisäksi tutkittavat kävivät tutkijasairaanhoidajan antamien ohjeiden mukaisesti laajoissa laboratoriotutkimuksissa: perusverenkuva (B-Leuk, B-Eryt, B-Hb, B-Hkr, E-MCV, E-MCH ja E-MCHC, B-Trom), seerumin C-reaktiivinen proteiini (S-CRP), plasman glukoosi (fP-Gluk), veren glykohemoglobiini (B-GHb-Alc), seerumin desialotransferriini (S-CDT), seerumin tyreotropiini (S-TSH), seerumin kolesteroli (fS-Kol), seerumin HDL-kolesteroli, seerumin triglyseridit (fS-Trigly), seerumin kortisoli (S-Korsol) ja miehiltä seerumin testosteroniarvot (S-Testo, S-Testo-V) sekä seerumin sukupuolihormoneja sitova globuliini (S-SHBG) (Osajulkaisu I).

Tutkimuskäynnin yhteydessä tutkittavalle annettiin palaute heidän terveydentilastaan. Laboratoriotutkimusten ja muiden somaattisten tutkimusten tulokset lähetettiin tutkittavalle kotiin sisätautien erikoislääkärin arvioinnin jälkeen. Normaalisti poikkeavista arvoista tutkijasairaanhoidaja ilmoitti tutkittavalle välittömästi. Tutkimushaastattelussa osa tutkittavista sai psykiatrisen diagnoosin, josta he saivat tiedon tutkimushaastattelun tekijältä. Tarvittaessa tutkijasairaanhoidaja konsultoi tutkimusryhmään kuuluvia psykiatrian ja sisätautien erikoislääkäreitä jatkotoimenpiteiden suunnittelemiseksi. Tutkimuskäynti kesti noin 2–3 tuntia (lyhyin aika 1,5 h ja pisin aika 6 h). Välillä oli kahvitauko. Tutkittavalle korvattiin kahvit, matkat ja pysäköintimaksu.

4.1.3 Terveysten liittyvän elämänlaadun mittaaminen

Terveysten liittyvän elämänlaadun mittaamiseen on kehitetty lukuisia mittareita, kuten suomalainen 15D (Sintonen 2001) ja ulkomaiset RAND-36, SF-36, SF-24, SF-20, SF-12, EQ-5D (EuroQol Instrument) ja NHP (Nottingham Health Profile). Suomalaisissa tutkimuksissa on käytetty eniten RAND-36, SF-36, 15D, NHP ja EQ-5D -mittareita.

RAND-36

Tässä tutkimuksessa terveyteen liittyvän elämänlaadun mittarina käytettiin RAND-36-mittaria, joka perustuu WHO:n laajaan terveyden määrittelyyn fyysisenä, psyykkisenä ja sosiaalisena hyvinvointina. RAND-36 mittaa terveyteen liittyvän elämänlaadun pääalueita eli fyysistä, psyykkistä ja sosiaalista toimintakykyä ja hyvinvointia ihmisen itsensä arvioimana. Tässä tutkimuksessa selvitettiin sosiodemografisten tekijöiden, pitkäaikaisten mielenterveysoireiden ja psyykkisten sairauksien sekä somaattisten saira-

uksien ja muiden somaattisten tekijöiden vaikutusta terveyteen liittyvään elämänlaatuun.

RAND-36 on Stakesin ja Kansanterveyslaitoksen yhteistyönä kehittämä suomenkielinen versio Yhdysvalloissa 1990-luvun alussa kehitetystä RAND-36-item Health Survey 1.0-mittarista (Aalto ym. 1999). RAND-36-mittarissa on 36 kysymystä. Muita MOS-hankkeesta (Medical Outcomes Study) syntyneitä mittareita ovat SF-20 ja MOS SF-36 Health Survey. MOS SF-36 ja RAND-36 eroavat toisistaan kahden osa-asteikon pisteytyksen suhteen, mutta johtavat samaan lopputulokseen. SF-36:n ja RAND-36:n kysymykset ovat identtiset; pieniä poikkeuksia on vain kivuttomuuden ja yleisen terveydentilan indeksien pisteytyksissä. Mittareiden keskinäinen korrelaatio on erinomainen ($r=0,99$). (Hays ym. 1993.) RAND-36 ja SF-36-mittareiden reliabiliteetti- ja validiteettiarvioita voidaan soveltaa kumpaankin mittariin (Aalto ym. 1999, Kaarlola 2007).

Myös SF-36 on suomennettu (Hagman 1996). RAND-36 on saatavilla vapaasti tutkimuskäyttöön, kun taas SF-36-mittarin tekijänoikeudet ovat Trust Inc -säätöillä (Aalto ym. 1999). SF-36 ja RAND-36-mittarit ovat laajassa kansainvälisessä käytössä (Hays & Morales 2001, Hays ym. 2002).

RAND-36 on ns. geneerinen mittari, jolla voidaan kuvata väestön yleistä terveydentilaa. Spesifit mittarit puolestaan liittyvät jonkin tietyn sairauden tai tilanteen kuvaamiseen, ja ne ovat relevantteja ja sopivia vain niiden mittaamiseen. (Aalto ym. 1999, Hays & Morales 2001, Kattainen 2004.) RAND-36 on profiilimittari, jossa terveyteen liittyvää elämänlaatua tarkastellaan usealla eri ulottuvuudella. Teoreettisia ulottuvuuksia on kaksi: fyysinen ja psyykinen. Rakenteellisia ulottuvuuksia on kahdeksan eli fyysinen, psyykinen ja sosiaalinen toimintakyky, fyysisten ja emotionaalisten rajoitteiden vaikutukset roolitoimintoihin, kivuttomuus, tarmokkuus ja koettu terveys. Toimintakyky käsittää sellaiset toiminnot kuin itsehoito (esim. kylpeminen ja pukeutuminen), työkyky (esim. kotityöt ja ansiotyö) ja sosiaalinen toiminta (esim. vuorovaikutus perheen ja ystävien kanssa). Kaikki nämä toiminnot voivat merkitä eri asioita psyykkisissä ja somaattisissa sairauksissa. Terveyteen liittyvän elämänlaadun toinen pääalue on subjektiivisempi hyvinvoinnin osa. Se on yhteydessä läheisesti vastaajan sisäisiin havaintoihin siitä, kokeeko hän itsensä onnelliseksi, surulliseksi, masentuneeksi tai ahdistuneeksi, onko hänellä kovia kipuja tai ei lainkaan kipuja, onko hän energinen vai voimaton (Hays ym. 1993, Hays & Morales 2001). Sosiaalista ja rooliosallistumista on ehdotettu tulevaisuudessa omaksi teoreettiseksi ulottuvuudeksi RAND-36-mittariin fyysisen ja psyykkisen ulottuvuuden lisäksi (Ware Jr 2003).

RAND-36-mittaria on käytetty paljon sekä potilas- että väestötutkimuksissa; se toimii hyvin eri maissa ja antaa vertailtavaa tietoa. RAND-36:n ulottuvuudet ja niihin liittyvät kysymykset kattavat fyysisen, psyykkisen ja sosiaalisen terveyden. RAND-36:ssa on mahdollisuus käyttää PCS- ja MCS-asteikkoja analyysin tiivistämiseksi ja yhteydessä olevien tekijöiden tutkimiseksi. (Ware Jr ym. 1993, 2000, Ware Jr ym. 1994, 1995, 1998, Hays & Morales 2001.) RAND-36 on arvioitu validiksi ja käyttökelpoiseksi mittariksi ja sen rakenteelliset ulottuvuudet sopiviksi myös hoitotieteelliseen tutkimukseen (Kattai-

nen & Meriläinen 2004, Meriläinen 2012). McGrath ja kumppanit (2011) ovat käyttäneet SF-36-mittaria hoitotieteellisessä väestötutkimuksessa.

RAND-36 mittaa kahdeksaa terveyteen liittyvän elämänlaadun ulottuvuutta: fyysinen toimintakyky (10 kysymystä), fyysisten rajoitteiden vaikutukset roolitoimintoihin (4 kysymystä), emotionaalisten rajoitteiden vaikutukset roolitoimintoihin (3 kysymystä), sosiaalinen toimintakyky (2 kysymystä), kivuttomuus (2 kysymystä), psyykinen hyvinvointi (5 kysymystä), tarmokkuus (4 kysymystä) ja koettu terveydentila (5 kysymystä). RAND-36-mittarin vastausvaihtoehdot koodataan uudelleen ohjeen mukaan ja pisteytetään 0–100. Osa-asteikolle lasketaan indeksiarvot. (Aalto ym. 1999.) Jos joltakin ulottuvuudelta puuttuu yli 50 % vastauksista, sille ei lasketa keskiarvoa (Hays ym. 1993). Mittari on itsetäytettävä, ja sen täyttämiseen kuluu aikaa 7–10 minuuttia (Hays & Morales 2001). RAND-36-mittarin ominaisuudet on kuvattu taulukossa 3.

RAND-36-mittarin huonona puolena voidaan pitää sitä, ettei sille voida laskea yhtä summa-asteikkoa, jolloin esim. kustannushyötyanalyysejä ei voida tehdä (Hays & Morales 2001) kuten 15D ja EQ-5D-mittareissa. RAND-36-mittarin etuna voidaan pitää sitä, että sen kysymykset kattavat monipuolisemmin terveyteen liittyvää elämänlaadun fyysisen, psyykkisen ja sosiaalisen alueen kuin esimerkiksi 15D-mittari (Sintonen 2001), Nottingham Health Profile (NHP) -mittari (Hunt ym. 1981) tai EQ-5D-mittari (Bowling 2005). Lyhyet mittarit, kuten EQ-5D, ovat kyllä helppokäyttöisiä ja pystyvät erottelemaan isoissa aineistoissa isot ja keskisuuret erot, mutta ne eivät pysty antamaan tarkkaa informaatiota yksittäisen vastaajan elämänlaadun osatekijöistä (Ware Jr ym. 1993, 2000).

RAND-36 voidaan jakaa edelleen fyysistä terveyteen liittyvää elämänlaatua mittaavaan Physical Component Summary Scale (PCS) -summa-asteikkoon ja psyykkistä terveyteen liittyvää elämänlaatua mittaavaan Mental Component Summary Scale (MCS) -summa-asteikkoon. Tässä tutkimuksessa RAND-36:n summafaktorit on laskettu SF-36:n ohjeiden avulla, koska erillisiä suomalaisia viitearvoja ei ole laskettu RAND-36-mittarin PCS- ja MCS-asteikoille. (Ware Jr ym. 1994, Aalto ym. 1999.) Fyysisen summafaktorin muodostavat fyysinen toimintakyky ja sen aiheuttamat roolirajoitukset sekä ruumiillinen kipu. Psyykkisen summafaktorin muodostavat henkinen hyvinvointi, sosiaalinen toimintakyky ja psyykkisestä toimintakyvystä johtuvat roolirajoitukset. Yhteisiä osa-alueita ovat koettu terveys (korkeampi korrelaatiokerroin fyysisten osatekijöiden summafaktoriin), tarmokkuus ja sosiaalinen toimintakyky (korkeammat korrelaatiokertoimet psyykkisten osatekijöiden summafaktoriin). (Aalto 1999.) Yhdysvaltalaisen väestön fyysisen ja psyykkisen summafaktorin keskiarvo on noin 50. Katkaisurajat ovat <50 pistettä huonommalle ja ≥50 pistettä paremmalle terveyteen liittyvälle elämänlaadulle. (Hays ym. 1993, Ware Jr ym. 1994, Kaarlola 2007.)

Taulukko 3. RAND-36-mittarin ominaisuudet

Yleistä mittarista	Kysymysten pisteyttäminen	Osa-alueet	Physical Component Summary Scale	Mental Component Summary Scale
Profiilimittari	36 kpl	8 kpl	PCS	MCS
Kuvaa vastaajan kokemaa terveydentilaa neljän viimeisen viikon aikana. Yksi kysymys terveydentilan muutumisesta kuluneen vuoden aikana. Tulokset ilmoitetaan kahdeksana indeksilukuna ja fyysisenä (PCS) ja psyykkisenä (MCS) summafaktorina	Mitta-asteikon 1. vaiheessa jokaisen kysymyksen 2–6 vastausvaihtoehtoa pisteytetään 0–100. 0 = runsaasti rajoitteita, 100 = ei ongelmia. 2. vaiheessa laskeetaan indeksiarvot kuvaamaan vastaajan sijoittumista kullakin osa-asteikolla. Indeksiarvojen vaihteluväli 0–100. 0 = runsaasti rajoitteita toimintakyvyssä tai hyvinvoinnissa, 100 = ei rajoitteita toimintakyvyssä tai hyvinvoinnissa	Fyysinen toimintakyky (10 kysymystä) Fyysisen toimintakyvyn aiheuttamat roolirajoitukset (4) Psyykkisen toimintakyvyn aiheuttamat roolirajoitukset (3) Tarmokkuus (4) Psyykinen hyvinvointi (5) Sosiaalinen toimintakyky (2) Kivuttomuus (2) Koettu terveys (5)	RAND-36:n fyysisen osatekijöiden summafaktori: fyysinen toimintakyky, fyysisen toimintakyvyn aiheuttamat roolirajoitukset, kivuttomuus, koettu terveys	RAND-36:n psyykkisten osatekijöiden summafaktori: psyykinen hyvinvointi ja emotionaalisten ongelmien aiheuttamat roolirajoitukset, tarmokkuus, sosiaalinen toimintakyky

Fyysisen osatekijöiden summafaktorilla erittäin matalat pisteet tarkoittavat terveyden kokemista huonoksi, laajoja rajoituksia fyysisissä, psyykkisissä ja sosiaalisissa toiminnoissa ja itsehoidossa, jatkuvaa väsymystä ja vaikeita ruumiillisia kipuja. **Erittäin korkeat pisteet** tulkitaan siten, että vastaaja ei koe terveydessään fyysisiä rajoitteita tai huonontunutta hyvinvointia. Hän kokee olevansa todella energinen ja arvioi oman terveytensä erinomaiseksi. (Ware Jr ym. 1994, Kaarlola 2007.)

Psyykkisten osatekijöiden summafaktorilla erittäin matalat pisteet tarkoittavat terveyden arvioimista yleisesti huonoksi. Vastaaja kokee psyykkistä ahdistuneisuutta sekä tunne-elämän ongelmiin liittyvää sosiaalista toimintakyvyttömyyttä ja roolitoimintojen rajoitteita. **Erittäin korkeat pisteet** merkitsevät positiivista tunnetilaa, johon ei liity psyykkistä ahdistuneisuutta tai tunne-elämän ongelmista johtuvia sosiaalisten tai muiden roolitoimintojen rajoitteita. Vastaaja kokee psyykkisen terveytensä erinomaisena. (Ware Jr ym. 1994, Kaarlola 2007.)

Profiilipohjaisten mittareiden perusta on luotettavuudessa, reliabiliteetissa ja herkkyydessä muutoksille, kuten RAND-36-mittarissa (Ware Jr ym. 1993, 2000). Ware Jr ja kumppaneiden (1993, 2000) eri tutkimuksista tekemän yhteenvedon mukaan terveyteen liittyvän elämänlaadun osa-alueiden (SF-36) reliabiliteettikerrointen mediaani oli 0,80. Paras mediaani (0,90) saavutettiin fyysisistä toimintakykyä kuvaavalla ulottuvuudella ja

matalin sosiaalisen toimintakyvyn ulottuvuudella (0,77). Tutkimuksissa kysymysten sisäinen johdonmukaisuus eli yhtenäisyys (Cronbachin alfa) vaihteli elämänlaadun kahdeksalla eri osa-alueella 0,73–0,96. Gandekin ja kumppaneiden (2004) SF-36:n psykometrisiä ominaisuuksia koskevassa tutkimuksessa reliabiliteettikertoimet vaihtelivat kahdeksalla ulottuvuudella välillä 0,83–0,93.

RAND-36:n validoinnista, luotettavuudesta sekä väestöarvoista ilmestyneen raportin tulokset tukevat RAND-36-mittarin validiutta, reliabiliutta ja käyttökelpoisuutta suomalaisen väestön terveyteen liittyvän elämänlaadun mittarina (Aalto ym. 1999). Kysymysten sisäistä johdonmukaisuutta kuvaavat Cronbachin alfat olivat hyviä kaikilla RAND-36:n osa-alueilla: fyysinen toimintakyky 0,94, fyysisen toimintakyvyn aiheuttamat roolirajoitukset 0,88, psyykkisen toimintakyvyn aiheuttamat roolirajoitukset 0,80, tarmokkuus 0,87, sosiaalinen toimintakyky 0,89, kivuttomuus 0,88 ja koettu terveys 0,83. Eri ulottuvuuksiin liittyvien kysymysten korrelaatiokerroin oman asteikkonsa kanssa oli vähintään 0,50. Kattovaikutus eli vastausten painottuminen mittarin hyviä arvoja kuvaaviin vaihtoehtoihin oli selviten havaittavissa molemmilla roolitoiminta-asteikoilla, mutta myös toimintakyky- ja kivuttomuusasteikoilla. Selvä lattiavaikutus eli vastausten painottuminen mittarin heikkoja arvoja kuvaaviin vaihtoehtoihin ilmeni ainoastaan roolitoimintoihin liittyvissä rajoituksissa. Faktoriansalyyseissa fyysistä ja psyykkistä terveyttä kuvaavat ulottuvuudet selittivät kolmea neljäsosaa osa-asteikkojen vaihtelusta. Fyysiseen terveyteen korreloivat parhaiten fyysinen toimintakyky ja sen aiheuttamat roolirajoitukset, kivuttomuus ja koettu terveys. Psyykkiseen terveyteen korreloivat parhaiten psyykinen hyvinvointi ja psyykkisen toimintakyvyn aiheuttamat roolirajoitukset, sosiaalinen toimintakyky ja tarmokkuus. (Aalto ym. 1999, Kaarlola 2007.) Kyselylomakkeen täyttöaste (vähintään 95 % joka asteikolla), kysymysten konvergentti ja erotteleva validiteetti (vähintään 0,50), sisäinen johdonmukaisuus sekä katto- ja lattiavaikutukset eri asteikoilla olivat verrattavissa kansainvälisten tutkimusten (RAND-36 ja SF-36) tuloksiin (Aalto ym. 1999).

Aiempien tutkimusten mukaan PCS- ja MCS-asteikkojen käyttäminen vähentää vertailtavien muuttujien ja vertailtavan informaation määrää, mikä parantaa analyysia ja validiteettia. Tilastollisten vertailujen määrän vähentyessä myös tyyppin 1 tilastollisen virheen riski pienenee. (Ware Jr ym. 1995, 1998.) Tehtyjen faktoriansalyyseiden tulokset tukevat RAND-36 (SF-36)-mittarin jakamista fyysiseen (PCS) ja psyykkiseen (MCS) osa-alueeseen sekä PCS- ja MCS-summa-asteikkojen rakennetta ja luokittelua (Ware Jr ym. 1994, Ware Jr ym. 1995, 1998, Aalto ym. 1999, Hays & Morales 2001, Gandek ym. 2004). Gandek ja kumppanit (2004) saivat PCS-summa-asteikon reliabiliteetiksi 0,94 ja MCS-asteikon reliabiliteetiksi 0,89. Lisäksi PCS- ja MCS-asteikoiden keskinäinen korrelaatio on todettu huonoksi ($r=0,17$) (Ware Jr ym. 1993, 2000, Ware Jr ym. 1998).

Ryhmien väliseen vertailuun käytettävien asteikkojen suositeltu kriteeriarvo reliabiliteetille (Cronbachin alfa) on 0,80. Yksilötason vertailussa suositeltava kriteeriarvo on 0,90 (Nunnally & Bernstein 1994). Tässä tutkimuksessa Cronbachin alfat kahdeksalle RAND-36:n ulottuvuudelle olivat I osatutkimuksessa välillä 0,75–0,93, II osatutkimuksessa 0,74–0,92 ja III–IV osatutkimuksessa 0,81–0,91. RAND-36-mittariin vastattiin hy-

vin. Pitkäaikaisista mielenterveysoireista kärsivien tutkimusjoukossa vastausprosentti RAND-36:n kysymyksiin oli 94,5 %. Mielenterveydeltään oireettomien tutkimusjoukossa neljä lomaketta (vastausprosentti kysymyksiin 95,7 %) jouduttiin poistamaan puutteellisten RAND-36-vastausten takia.

4.1.4 Muut tutkimuksessa käytetyt mittarit

Sosiodemografiset muuttujat

Tässä tutkimuksessa sosiodemograafisista muuttujista olivat mukana ikä, sukupuoli, siviilisäätö, koulutustaso, työkykyisyys ja taloudellinen tilanne, koska ne vaikuttavat terveyteen liittyvään elämänlaatuun aiempien tutkimusten mukaan. Elämäntapatekijät sisältyvät sosiodemografisiin tekijöihin (alkoholin käyttö, tupakointi). Sosiodemografiset muuttujat kysyttiin itsetäytettävässä kyselylomakkeessa: sukupuoli (mies tai nainen), siviilisäätö (naimaton, naimisissa tai avoliitossa, asumuserossa tai eronnut, leski), taloudellinen tilanne (hyvä, melko hyvä, melko huono, huono), työkyky (olen täysin työkykyinen, työkykyni on jonkin verran alentunut, olen työkyvytön), koulutustaso (yliopistotutkinto, opisto- tai ammattikorkeakoulu, muu ammatillinen koulutus, ei koulutusta), tupakointi (en ole koskaan tupakoinut, olen lopettanut tupakoinnin, tupakoin tällä hetkellä ja alkoholin käyttö (kerran kuukaudessa, 2–3 kertaa kuukaudessa, noin kerran viikossa, 2–3 kertaa viikossa, 4–5 kertaa viikossa, päivittäin tai lähes päivittäin). Tutkimuksessa käytetyt mittarit on kuvattu taulukossa 4.

Psykkiset muuttujat

Psykkisillä muuttujilla tarkoitetaan tässä tutkimuksessa masennusoireita, tyytyväisyyttä elämään, aleksityymisiä oireita, toivottomuutta, itsetuhoisuutta ja psykiatrisia diagnooseja. Psykiatrisiin diagnooseihin kuuluvat vakava masennus, persoonallisuushäiriöt, alkoholin väärinkäyttö tai alkoholiriippuvuus ja yhtenä ryhmänä kaikki muut psykiatriset diagnoosit.

Tutkija arvioi masennuksen vaikeusastetta haastatteleamalla tutkittavat 21-osioisella Hamilton arviointiasteikolla (HDRS-21), jossa vaihteluväli on 0–64 (Hamilton 1967). Hamiltonin asteikon lisäksi masentuneisuutta mitattiin itsetäytettävällä 21-osioisella Beckin masennusasteikolla (BDI-21). Pistemäärien kasvaessa masennusoireiden määrä lisääntyy (vaihteluväli 0–63). Ensimmäinen versio BDI:stä ilmestyi vuonna 1961 (Beck ym. 1961). Mittariin tehtiin korjauksia vuosina 1974 ja 1978, jolloin kaikkiin kysymyksiin tuli neljä vastausvaihtoehtoa (Bowling 1997, 2005). Suomalainen versio BDI-21-mittarista on validoitu Raitasalon tutkimuksessa 1977 (Raitasalo 1977, Aalto ym. 1999). Suomalaisessa väestössä BDI-21-mittarin reliabiliteetin on osoitettu olevan 0,89 (Honkalampi ym. 2000) ja 0,91 (Haatainen 2004).

Tyytyväisyyttä elämään mitattiin Allardtin (1973) neljä osiota sisältävällä, itsetäytettävällä Life Satisfaction -mittarilla (LS-4). Mittarin reliabiliteetti oli 0,74 (Cronbachin alfa) laajassa suomalaisia aikuisia koskevassa kohorttitutkimuksessa. (Koivumaa-

Honkanen 1998.) LS-4:n vaihteluväli on 4–20 pistettä, jossa suuremmat pisteet osoittavat huonompaa elämäntyytyväisyyttä (Allardt 1973, Koivumaa-Honkanen ym. 2001). Suomalaisissa yleisväestöä koskevissa tutkimuksissa LS-mittarin reliabiliteetti (Cronbachin alfa) on ollut 0,77 (Haatainen 2004) ja 0,74 (Koivumaa-Honkanen 1998). Tässä tutkimuksessa Cronbachin alfa LS-4-asteikolle (n=329) oli 0,83.

Pitkäaikaista tyytymättömyyttä elämään (LS burden score) mitattiin laskemalla yhteen yksilölliset elämäntyytyväisyys-pisteet vuosilta 1998, 1999 ja 2001. Tämä summa-asteikko jaettiin myös kolmeen mahdollisimman yhtä suureen ryhmään perustuen summa-asteikkojen jakaumaan: 1) kaikista tyytyväisimmät: pisteet 12–21 (n=114); 2) keskiverto tyytymättömät: pisteet 22–32 (n=105); 3) kaikista tyytymättömimmät: pisteet 33–60 (n=110).

Aleksityymisiä, tunnetilojen tunnistamisen ja niiden kommunikoinnin vaikeuteen liittyviä persoonallisuuden piirteitä kartoitettiin 20-osioisella Toronto Alexithymia Scale -mittarilla (TAS) (Bagby ym. 1994, Honkalampi 2001, Joukamaa ym. 2001, Viinamäki ym. 2004). Mittarin vaihteluväli on 20–100. Haataisen (2004) väestötutkimuksessa TAS-20-mittarin reliabiliteetti oli 0,86 (Cronbachin alfa) ja Honkalammen (2001) väestötutkimuksessa 0,86.

Toivottomuutta mitattiin kansainvälisellä, 20-osioisella standardoidulla Beckin Hopelessness Scale -mittarilla (BHS). BHS-20 on itsearviointi-mittari, jossa on vastausvaihtoehtoina kyllä tai ei (pisteiden vaihteluväli 0–20). Mittarilla arvioidaan vastaajan negatiivisia odotuksia ja pessimististä näkemystä tulevaisuuden suhteen. Haataisen (2004) tutkimuksessa BHS-20 ja BDI-21-mittarin (Beck Depression Inventory) välinen korkea korrelaatio ($r=0,70$) vahvisti BHS-mittarin sisällön validiteettia. BHS:n rakennevaliditeettia tukee siitä tehty faktorianalyysi (Beck ym. 1974). BHS:n reliabiliteettia arvioitaessa korrelaatiokertoimet (Cronbachin alfa) ovat olleet 0,70–0,93 välillä ulkomaisissa tutkimuksissa. Haataisen (2004) tutkimuksessa kysymysten johdonmukaisuuden alfa-korrelaatio oli ensimmäisessä perusotoksessa 0,84 ja seurannassa 0,87, mikä osoittaa hyvää sisäistä johdonmukaisuutta.

Itsetuhoisia ajatuksia kysyttiin BDI-21-kyselylomakkeen kysymysnumero 9:n vaihtoehtoilla: ”En ole ajatellut tappaa itseäni”, ”Olen ajatellut itseni tappamista, mutten kuitenkaan tee niin”, ”Haluaisin tappaa itseni”, ”Tappaisin itseni, jos siihen olisi tilaisuus” (Beck ym. 1961).

Psykiatriset diagnoosit tehtiin strukturoiduilla SCID-I ja SCID-II-haastattelulomakkeilla. SCID-I tulee sanoista Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders (First ym. 1997a) ja SCID-II sanoista Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis II personality disorders (First ym. 1997b). Persoonallisuushäiriöt arvioitiin ensin itsetäytettävällä SCID-II-esikyselyllä (119 kysymystä), joka arvioi DSM-III-R:n persoonallisuushäiriöitä. Kolme tai useampi myönteinen vastaus merkitsee mahdollista olemassa olevaa persoonallisuushäiriötä. Diagnoosi varmistettiin varsinaisella SCID-II-haastattelulla.

Somaattiset muuttajat

Somaattisilla muuttujilla tarkoitetaan itse ilmoitettuja lääkärin toteamia ja diagnosoimia somaattisia sairauksia, ikääntyvän miehen oireita, verenpainetta, painoindeksiä sekä tutkimukseen kuuluneita perusterveydentilaa kuvaavia verikoearvoja. Tutkittavat täyttivät itse kyselylomakkeeseen lääkärin toteamat ja diagnosoimat somaattiset sairaudet. Osajulkaisuissa I–II somaattiset sairaudet on luokiteltu tuki- ja liikuntaelinten sairauksiin, sydänsairauksiin ja muihin somaattisiin sairauksiin. Osajulkaisuissa III somaattiset sairaudet on luokiteltu tuki- ja liikuntaelinten sairauksiin ja sydänsairauksiin. Tuki- ja liikuntaelinten sairaudet sisälsivät nivelreuman, selän kulumavian sekä muut selkäsairaudet ja sydänsairaudet sisälsivät verenpaineaudin, sydänveritulpan, sydäninfarktin, sepelvaltimotaudin, angina pectoriksen ja sydämen vajaatoiminnan.

Ikääntyvän Miehen Oireisto (IMO) (The Aging Males' Symptoms /AMS)

-kyselylomakkeistoa käytettiin arvioitaessa ikääntymiseen liittyviä oireita miehillä ja oireiden vaikeusastetta. Itsetäytettävän lomakkeiston pistemäärän kasvaessa oireiden vaikeusaste kasvaa. Lomakkeistoon kuuluu 17 kysymystä, jotka ovat viisiportaisia, Likert-asteikollisia muuttujia (vaihteluväli 17–85). Alkuperäinen versio on kehitetty Saksassa vuonna 1999 tutkimaan miesten menopausaalaisia oireita. Ikääntyvän miehen oireyhtymään (IMO) kuuluvia oireita ovat keskittymisvaikeudet, nivel- ja lihassäryt, hikoilu, unihäiriöt, väsymys, sukupuolisen halukkuuden väheneminen, erektioiden harveneminen ja masentuneisuus. (Heinemann ym. 1999, 2003.)

Yleiseen somaattiseen terveydentilaan kuuluvina tutkimuksina tutkittavilta mitattiin verenpaine, paino, pituus ja vyötärönympäryys ja heille laskettiin painoindeksi. Tutkittavat kävivät lisäksi laajoissa laboratorikokeissa yleisen terveydentilan selvittämiseksi. Verenpaine arvo saatiin kolmen mittauskerran keskiarvona. Mittausten väli oli kaksi minuuttia. Painoindeksi (body mass index, BMI) laskettiin kaavalla $\text{paino (kg)} / \text{pituus} \times \text{pituus (m)}$ (normaali 18,5–25). Laboratorioarvojen mittaukset tehtiin akreditoitussa Kuopion yliopistollisen sairaalan laboratoriossa. Tutkittavilta mitattiin veren hemoglobiini (B-Hb) (normaali vaihteluväli 134–167 g/l, miehet, 117–155 g/l, naiset), seerumin C-reaktiivinen proteiini (S-CRP) (normaali vaihteluväli 0–10 mg/l), plasman glukoosi (fP-Gluk) (normaali vaihteluväli 3,3–5 mmol/l), veren glykohemoglobiini (B-GHb-Alc) (normaali vaihteluväli 4–6 %), seerumin desialotransferriini (S-CDT) (normaali vaihteluväli 0–1,6 %), seerumin tyreotropiini (S-TSH) (normaali vaihteluväli 0,3–4,2 mU/l), seerumin kolesteroli (normaali arvo 3,5–5,9 mmol/l), seerumin HDL-kolesteroli (normaali arvo > 1,0 mmol/l), seerumin triglyseridit (normaali arvo < 2,0 mmol/l), seerumin kokonaistestosteroni (normaali vaihteluväli 14–33 nmol/l), seerumin vapaa, laskettu testosteroni (normaali vaihteluväli 160–550 pmol/l), seerumin sukupuolihormoneja sitova globuliini (SHBG) (normaali vaihteluväli 15–103 nmol/l) ja seerumin kortisoli (normaali vaihteluväli 170–540 nmol/l).

Taulukko 4. Tutkimuksessa käytetyt mittarit

Terveyteen liittyvä elämälaatu	Sosiodemografiset taustamuuttajat	Mielenterveysoireet	Diagnoosit	Somaattiset tutkimukset
RAND-36 (Hays ym. 1993)	Itsetäytettävä kyselylomakeisto: Sukupuoli Siviilisääty Taloudellinen tilanne Työkyky Koulutustaso Tupakointi Alkoholin käyttö Lääkärin diagnosoimat, itse ilmoitetut somaattiset sairaudet	BDI-21 Beck Depression Inventory Scale; masennusoireet, vaihteluväli 0–63 (Beck ym. 1961) LS-4 Life Satisfaction Scale; elämäntyytyväisyys, vaihteluväli 4–20 (Allardt 1973) TAS-20 Toronto Alexithymia Scale; aleksityymiset piirteet, vaihteluväli 20–100 (Bagby ym. 1994) IMO The Aging Males' Symptoms (AMS) Scale; ikääntyvän miehen oireisto, vaihteluväli 17–85 (Heinemann ym. 1999) BHS-20 Beck Hopelessness Scale; toivottoisuus, vaihteluväli 0–20 (Beck ym. 1974) HDRS-21 Hamilton rating scale for depression; masennusoireet, vaihteluväli 0–64 (Hamilton 1967) Itsetuhoisuus Beck Depression Inventory Scale, kysymys 9, vaihteluväli 0–3 (Beck ym. 1961)	SCID-I SCID-II (First ym. 1997 a,b)	Paino ja pituus Verenpaine Vyötärön ympärys Painoindeksi Perusterveydentilaa kuvaavat laboratoriotutkimukset: B-Leuk B-Eryt B-Hb B-Hkr E-MCV E-MCH E-MCHC B-Trom h-CRP fS-Kol fs-Kol-HDL fS-Trigly B-Gluk B-GHb-A1C S-TSH S-Korsol S-CDT Miehet lisäksi: S-Testo S-Testo-V S-SHBG

4.2 AINEISTON ANALYYSI

Luokitteluasteikollisia muuttujia tarkasteltiin ristiintaulukoimalla, ja muuttujien välisiä riippuvuuksia (muuttujien lukumäärien eron merkitsevyyttä) testattiin Khiin neliötestillä: Pearsonin tai Fisherin korrelaatiokertoimella. Kolmogorov–Smirnovin (joukon koko 50 tai yli) tai Shapiro–Wilkinsin testiä (joukon koko alle 50) käytettiin määrittelemään sitä, oliko aineisto normaalijakautunut. Kahden ryhmän välisten erojen testaamiseen käytettiin Studentin t-testiä (aineisto normaalijakautunut) tai Mann-Whitney'n U-testiä (aineisto ei normaalijakautunut) ja useamman ryhmän välisten erojen testaamiseen käytettiin One-Way Anova -menetelmää (aineisto normaalisti jakautunut) tai Kruskal–Wallisin menetelmää (aineisto ei normaalisti jakautunut).

Pitkään mielenterveysoireista kärsineiden miesten ja naisten terveyteen liittyvän elämänlaadun välisiä eroja tutkittiin logistisella regressioanalyysillä (metodi: backward stepwise). Analyysin avulla tunnistettiin huonoihin PCS- ja MCS-pisteisiin yhteydessä olevia tekijöitä. (Osajulkaisu II.) Yhteydessä olevasta tekijästä käytetään yhteenvetosassa termiä määräävä tekijä, silloin kun tutkimusmenetelmänä on logistinen regressioanalyysi. Logistista regressioanalyysia (metodi: backward stepwise) käytettiin myös viidelle tutkimusryhmälle, kun verrattiin psyykkisistä tai somaattisista sairauksista kärsivien terveyteen liittyvää elämänlaatua terveeseen ryhmään (0=terve, 1=sairaus) (Burns & Grove, 2001) (Osajulkaisu III). Kolmannessa osajulkaisussa RAND-36:n ulottuvuudet käännettiin siten, että arvo 0 osoitti parasta mahdollista ja arvo 100 huonointa mahdollista terveyteen liittyvää elämänlaatua. Kaikki RAND-36-ulottuvuudet sisällytettiin yhteen iän, sukupuolen ja siviilisäädyn kanssa lopullisessa logistisessa mallissa (metodi: enter). Logistista regressioanalyysia (metodi: enter) käytettiin myös neljännessä osajulkaisussa tutkittaessa pitkäaikaisen tyytymättömyyden elämään (LS burden) ja terveyteen liittyvän elämänlaadun sekä sen ulottuvuuksien välistä yhteyttä. Tätä yhteyttä tutkittaessa kaikki kahdeksan RAND-36-ulottuvuutta jaettiin kahteen luokkaan käyttämällä mediaania (alemmat arvot=1, korkeammat arvot=0) ja tutkimalla ne erikseen. (Osajulkaisu IV.) Tulokset esitetään frekvenssi-, prosentti- ja keskiarvotaulukkoina. Analyseissä käytettiin SPSS Windows 13.0, 14.0, 16.0 ja 17.0-ohjelmia.

5 Tulokset

5.1 MIELENTERVEYDELTÄÄN PITKÄAIKAISESTI OIREILEVIEN JA OIREETTOMIEN TERVEYTEEN LIITTYVÄ ELÄMÄNLAATU

Pitkään mielenterveysoireista kärsineiden ihmisten terveyteen liittyvä elämänlaatu oli merkittävästi huonompi kuin mielenterveydeltään oireettomien ihmisten. Pitkään mielenterveysoireista kärsineiden ihmisten fyysisen terveyteen liittyvän elämänlaadun (PCS) keskiarvo oli 43,3 (One Way ANOVA) ja oireettomien ihmisten 50,1 ($p < 0.001$). Pitkään mielenterveysoireista kärsineiden ihmisten psyykkisen terveyteen liittyvän elämänlaadun (MCS) keskiarvo oli 46,9 ja oireettomien puolestaan 58,0 ($p < 0.001$). Pitkään mielenterveysoireista kärsineiden naisten ja miesten terveyteen liittyvä elämänlaatu oli yhtä huono sekä fyysisen terveyteen liittyvän elämänlaadun (PCS) että psyykkisen terveyteen liittyvän elämänlaadun (MCS) alueilla ja myös kaikilla kahdeksalla RAND-36-mittarin ulottuvuudella. Miehistä huono PCS (< 50) oli 73 %:lla (naiset 71 %) ja huono MCS (< 50) 54 %:lla (naiset 52 %). Tilastollisesti merkitsevää eroa miesten ja naisten välillä ei ollut ($p = ns$). Pitkään mielenterveysoireista kärsineiden ihmisten RAND-36-arvot vaihtelivat kahdeksalla ulottuvuudella miehillä 48,8–75,9:n ja naisilla 49,7–74,3:n välillä. (Osajulkaisut I–II.)

Ihmisillä, joilla oli diagnoosina nykyinen masennus (korkein arvo 68,0), alkoholin väärinkäyttö tai alkoholiriippuvuus (korkein arvo 67,1) tai persoonallisuushäiriö (korkein arvo 67,4), oli kaikilla kahdeksalla RAND-36-ulottuvuudella tilastollisesti merkitsevästi huonompi terveyteen liittyvä elämänlaatu kuin terveillä. Terveiden ihmisten RAND-36:n arvot vaihtelivat välillä 76,0–96,1 (Osajulkaisu III, taulukko 2). Psykiatrisen diagnoosin saaneilla ihmisillä oli erityisen huono terveyteen liittyvä elämänlaatu sosiaalisen toimintakyvyn ulottuvuudella verrattuna terveisiin ihmisiin. Myös tuki- ja liikuntaelinten tai sydänsairauksista kärsivillä ihmisillä oli tilastollisesti merkitsevästi huonompi terveyteen liittyvä elämänlaatu kuin terveillä. Poikkeuksina olivat psyykkisen toimintakyvyn aiheuttamien roolirajoitusten (tuki- ja liikuntaelinten ja sydänsairaudet) sekä sosiaalisen toimintakyvyn ja psyykkisen hyvinvoinnin ulottuvuudet (sydänsairaudet), joilla terveyteen liittyvän elämänlaadun arvot olivat verrattavissa terveiden ihmisten arvoihin. Kaikissa sairausryhmissä alhaisimmat arvot olivat koetun terveyden ulottuvuudella. (Osajulkaisu III.)

5.2 MIELENTERVEYDELTÄÄN PITKÄAIKAISESTI OIREILEVIEN JA OIREETTOMIEN TERVEYTEEN LIITTYVÄÄN ELÄMÄNLAATUUN YHTEYDESSÄ OLEVAT TEKIJÄT

5.2.1 Sosiodemografiset tekijät

Pitkään mielenterveysoireista kärsineiden miesten ja naisten välillä ei ollut tilastollisesti merkitseviä eroja fyysisen (PCS-asteikko) tai psyykkisen (MCS-asteikko) terveyteen liittyvän elämänlaadun arvoissa eikä RAND-36:n kahdeksan ulottuvuuden arvoissa. Keskiarvo PCS-asteikolla oli miehillä 42,7 ja naisilla 43,7 ($p=ns$). Keskiarvo MCS-asteikolla oli miehillä ja naisilla sama 46,7. (Osajulkaisut I–II.)

Sen sijaan pitkään mielenterveysoireista kärsineiden naisten ja miesten välillä oli eroja niissä tekijöissä, jotka olivat tilastollisesti merkitsevästi yhteydessä huonoon terveyteen liittyvään elämänlaatuun. Sosiodemografisista tekijöistä alentunut työkyky ja logistisessa regressioanalyysissä huono koulutustaso olivat yhteydessä pitkään mielenterveysoireista kärsineiden naisten fyysiseen terveyteen liittyvään elämänlaatuun. Korkeampi ikä oli yhteydessä pitkään mielenterveysoireista kärsineiden naisten huonoon fyysiseen terveyteen liittyvään elämänlaatuun, mutta parempaan psyykkiseen terveyteen liittyvään elämänlaatuun. Miehillä alentunut työkyky oli yhteydessä huonoon fyysiseen terveyteen liittyvään elämänlaatuun. Jatkuva tupakointi, huono taloudellinen tilanne ja määräävänä tekijänä runsas alkoholin käyttö olivat tilastollisesti merkitsevästi yhteydessä naisten huonoon psyykkisen terveyteen liittyvään elämänlaatuun. (Osajulkaisut I–II.)

Henkilöillä, jotka saivat psykiatrisen diagnoosin tai joilla oli itse ilmoitettu lääkärin diagnostisoima somaattinen sairaus, oli alentunut työkyky verrattuna terveisiin henkilöihin. Korkeampi ikä oli yhteydessä ainoastaan sydänsairauksiin. Naissukupuoli suojasi alkoholin väärinkäytön ja riippuvuuden diagnoosilta. (Osajulkaisu III.) Psykiatrisen diagnoosin saaneilla oli myös huonompi taloudellinen tilanne kuin terveillä henkilöillä (Osajulkaisu III, taulukko 1).

Kun tutkittiin terveyteen liittyvään elämänlaatuun yhteydessä olevia tekijöitä kahdeksalla RAND-36:n ulottuvuudella koko aineistossa, niin sosiodemografisista tekijöistä alentunut työkyky tai työkyvyttömyys oli tilastollisesti merkitsevästi yhteydessä huonontuneeseen terveyteen liittyvään elämänlaatuun kaikilla RAND-36:n ulottuvuuksilla. Huono tulotaso oli yhteydessä fyysisen ja psyykkisen toimintakyvyn aiheuttamiin roolirajoituksiin, tarmokkuuteen ja psyykkiseen hyvinvointiin. Runsas alkoholin käyttö oli yhteydessä huonoksi koettuun terveyteen. Korkea ikä oli yhteydessä huonoon fyysiseen toimintakykyyn, mutta parempaan sosiaaliseen toimintakykyyn ja psyykkiseen hyvinvointiin. Huono koulutustaso oli tilastollisesti merkitsevästi yhteydessä fyysisen toimintakyvyn aiheuttamiin roolirajoituksiin. (Osajulkaisu IV.)

5.2.2 Psyykkiset tekijät

Pitkäaikaisista mielenterveysoireista kärsivillä miehillä psyykkiset tekijät olivat tilastollisesti merkitsevästi yhteydessä huonoon fyysiseen (PCS) terveyteen liittyvään elämän-

laatuun: masentuneisuus (BDI), tyytyväisyys elämään (LS) ja aleksityymiset piirteet (TAS). Psykkiset tekijät olivat miehillä yhteydessä myös huonoon psyykkiseen (MCS) terveyteen liittyvään elämänlaatuun: masentuneisuus (BDI ja HDRS), tyytyväisyys elämään (LS), aleksityymiset piirteet (TAS) ja toivottomuus (BHS). Pitkäaikaisista mielen-terveysoireista kärsivillä naisilla psyykkiset tekijät olivat useammin yhteydessä psyykkiseen terveyteen liittyvään elämänlaatuun kuin fyysiseen terveyteen liittyvään elämänlaatuun. Elinaikaiset ja nykyiset masennusdiagnoosit (naiset ja miehet), muut psykiatriset diagnoosit (naiset) ja itsetuhoisuus (miehet) olivat yhteydessä huonoon psyykkiseen terveyteen liittyvään elämänlaatuun. (Osajulkaisut I–II.)

Aleksityymiset piirteet (TAS) miehillä ja masennusoireet naisilla (BDI) olivat tilastollisesti merkitsevästi yhteydessä määräävinä tekijöinä sekä huonoon fyysiseen että psyykkiseen terveyteen liittyvään elämänlaatuun. Tyytymättömyys elämään (LS) oli tilastollisesti merkitsevästi yhteydessä määräävänä tekijänä sekä naisten että miesten alentuneeseen psyykkiseen terveyteen liittyvään elämänlaatuun. (Osajulkaisu II, taulukko 6.)

Taulukossa 5 on esitetty yhteenveto huonoon fyysiseen (PCS) ja psyykkiseen (MCS) terveyteen liittyvään elämänlaatuun tilastollisesti merkitsevästi yhteydessä olevista ja määräävistä tekijöistä pitkään mielen-terveysoireista kärsineillä miehillä ja naisilla.

Vakavan masennuksen, alkoholin väärinkäytön tai alkoholiriippuvuuden ja persoonallisuushäiriön diagnooseilla oli logistisen regressioanalyysin mukaan määräävinä tekijöinä yhteys huonoon sosiaaliseen toimintakykyyn verrattuna terveisiin. Vakava masennus oli lisäksi tilastollisesti merkitsevästi yhteydessä alentuneeseen tarmokkuuteen ja persoonallisuushäiriö huonoon koettuun terveyteen ja fyysisiin toimintakykyrajoitukseen. (Taulukko 6.) Terveyteen liittyvän elämänlaadun RAND-36-ulottuvuuksien ja psyykkisten sekä somaattisten sairauksien tilastollisesti merkitsevät yhteydet logistisessa regressioanalyysissä on esitetty yksityiskohtaisemmin Osajulkaisussa III, taulukko 3. Vakavasta masennuksesta kärsivien ihmisten terveyteen liittyvän elämänlaadun keskiarvot olivat alhaisimmat viidellä kahdeksasta RAND-36-ulottuvuudesta (tarmokkuus, koettu terveys, psyykinen hyvinvointi, psyykkisen toimintakyvyn aiheuttamat roolirajoitukset, sosiaalinen toimintakyky), persoonallisuushäiriöistä kärsivillä kahdella ulottuvuudella (fyysinen toimintakyky, fyysisen toimintakyvyn aiheuttamat roolirajoitukset) ja tuki- ja liikuntaelinten sairauksista kärsivillä yhdellä ulottuvuudella (kivut) verrattuna terveiden ihmisten ryhmään.

Pitkäaikainen tyytymättömyys elämään oli logistisessa regressioanalyysissä tilastollisesti merkitsevästi yhteydessä nykyiseen alentuneeseen terveyteen liittyvään elämänlaatuun kaikilla muilla RAND-36-ulottuvuuksilla, paitsi fyysisen toimintakyvyn ulottuvuudella. Sekä pitkäaikaisesti että tällä hetkellä elämänsä tyytymättömien ihmisten terveyteen liittyvä elämänlaatu oli tilastollisesti merkitsevästi huonompi kaikilla RAND-36-ulottuvuuksilla verrattuna elämänsä tyytyväisiin ihmisiin. Tulokset on kuvattu yksityiskohtaisemmin Osajulkaisussa IV.

5.2.3 Somaattiset tekijät

Somaattiset sairaudet olivat määräävinä tekijöinä yhteydessä pitkäaikaisista mielenterveysoireista kärsivien miesten ja naisten huonoon fyysiseen terveyteen liittyvään elämänlaatuun (Osajulkaisu II). Miehillä lievästi koholla oleva verensokeri oli tilastollisesti yhteydessä huonompaan fyysiseen terveyteen liittyvään elämänlaatuun. Naisilla laboratoriotuloksilla ei ollut tilastollista yhteyttä terveyteen liittyvään elämänlaatuun. Muista somaattisista perustutkimuksista suurempi vyötärönympäryys oli tilastollisesti yhteydessä miesten huonompaan fyysiseen terveyteen liittyvään elämänlaatuun. Ikääntyvän miehen oireisto (IMO) oli tilastollisesti merkitsevästi yhteydessä huonoon fyysiseen ja psyykkiseen terveyteen liittyvään elämänlaatuun. (Osajulkaisu I, taulukot 2–3.)

Tuki- ja liikuntaelinten sairaudet olivat logistisessa regressioanalyysissä tilastollisesti merkitsevästi yhteydessä alentuneeseen fyysiseen toimintakykyyn sekä ruumiilliseen kipuun ja sydänsairaudet huonoon koettuun terveyteen ja fyysisiin toimintakykyrajoituksiin (taulukko 6). Tuki- ja liikuntaelinten ja sydänsairauksista kärsivien psyykkinen hyvinvointi oli verrattavissa terveiden psyykkiseen hyvinvointiin. (Osajulkaisu III.)

Taulukko 5. Pitkään mielenterveysoireista kärsineiden miesten ja naisten terveyteen liittyvään elämänlaatuun tilastollisesti merkitsevästi yhteydessä olevat tekijät

Miesten huono fyysinen (PCS) terveyteen liittyvä elämänlaatu	Naisten huono fyysinen (PCS) terveyteen liittyvä elämänlaatu	Miesten huono psyykinen (MCS) terveyteen liittyvä elämänlaatu	Naisten huono psyykinen (MCS) terveyteen liittyvä elämänlaatu
<u>Yhteydessä olevat tekijät</u>			
Alentunut työkyky*	Korkeampi ikä* Alentunut työkyky* Huono koulutustaso*		Nuorempi ikä** Huono taloudellinen tilanne** Jatkuva tupakanpoltto* Runsas alkoholin käyttö*
Masentuneisuus (BDI-pisteet)* Tyytyväisyys elämään (LS)* Aleksityymiset piirteet (TAS)**		Masentuneisuus (BDI)*** Masentuneisuus (HDRS)*** Tyytyväisyys elämään (LS)*** Aleksityymiset piirteet (TAS)*** Toivottomuus (BHS)** Itsetuhoisuus**	Masentuneisuus (BDI)*** Masentuneisuus (HDRS)*** Tyytyväisyys elämään (LS)*** Aleksityymiset piirteet (TAS)* Toivottomuus (BHS)*** Elinaikainen masennus dg*** Nykyinen masennus dg*** Muu psykiatrinen dg (ei persoonallisuushäiriö tai alkoholi dg)*
Ikääntyvän miehen oireisto (IMO)** fB-Gluc** Vyötärönympäry*	Itseilmoitetut tuki- ja liikuntaelinten ja sydänsairaudet***	Ikääntyvän miehen oireisto (IMO)***	
<u>Määräävät tekijät</u>			
	Huono koulutustaso**		Runsas alkoholin käyttö* Nuorempi ikä*
Aleksityymiset piirteet (TAS)**	Masentuneisuus (BDI)**	Aleksityymiset piirteet (TAS)** Tyytyväisyys elämään (LS)**	Masentuneisuus (BDI)** Tyytyväisyys elämään (LS)***
Somaattinen sairaus*	Somaattinen sairaus***		

*p<0,05, **p<0,01, ***p<0,001

Taulukko 6. RAND-36:n ulottuvuuksien ja pitkäaikaisten psyykkisten ja somaattisten sairauksien tilastollisesti merkitsevät yhteydet verrattuna terveisiin

Vakava masennus (n=33)	Persoonallisuushäiriöt (n=31)	Alkoholin väärinkäyttö tai alkoholi-riippuvuus (n=21)	Tuki- ja liikuntaelinten sairaudet (n=50)	Sydänsairaudet (n=29)
Tarmottomuus	Huono koettu terveys		Kivut	Huono koettu terveys
Huono sosiaalinen toimintakyky	Huono sosiaalinen toimintakyky	Huono sosiaalinen toimintakyky		
	Fyysisen toimintakyvyn aiheuttamat roolirajoitukset		Fyysinen toimintakyky	Fyysisen toimintakyvyn aiheuttamat roolirajoitukset

5.3 YHTEENVETO

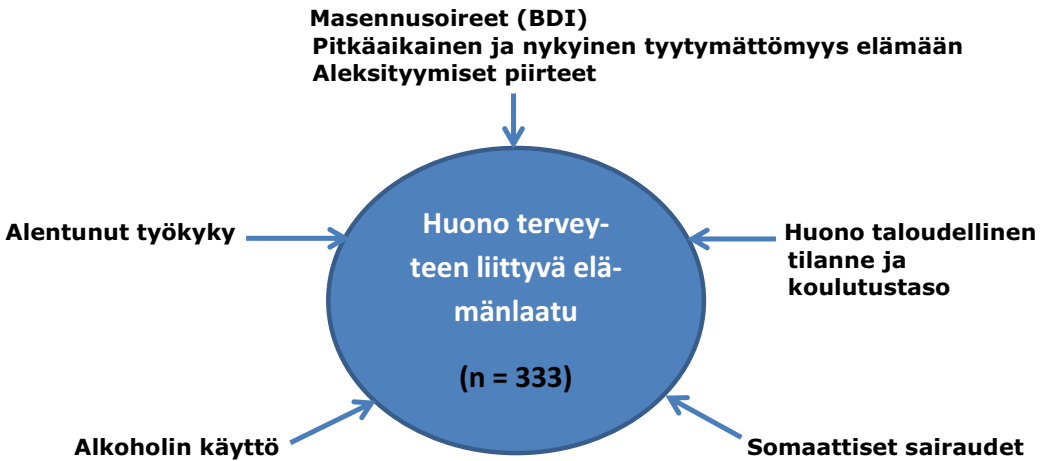
Pitkään mielenterveysoireista kärsineiden ihmisten terveyteen liittyvä elämänlaatu oli tilastollisesti merkitsevästi huonompi kuin mielenterveydeltään oireettomien. Pitkään mielenterveysoireista kärsineiden naisten ja miesten terveyteen liittyvä elämänlaatu oli yhtä huono sekä fyysisen terveyteen liittyvän elämänlaadun (PCS) että psyykkisen terveyteen liittyvän elämänlaadun (MCS) ja RAND-36:n asteikoilla. Pitkään mielenterveysoireista kärsivien miesten ja naisten välillä oli eroja terveyteen liittyvään elämänlaatuun yhteydessä olevissa tekijöissä. Psykiatrisista sairauksista kärsivien (masennus, alkoholin väärinkäyttö / alkoholi-riippuvuus tai persoonallisuushäiriö) ihmisten terveyteen liittyvä elämänlaatu oli kaikilla kahdeksalla RAND-36-ulottuvuudella tilastollisesti merkitsevästi alempi kuin terveiden ihmisten. Psykiatriset diagnoosit olivat tilastollisesti merkitsevästi yhteydessä huonoon sosiaaliseen toimintakykyyn. Myös somaattisista sairauksista kärsivillä ihmisillä oli tilastollisesti merkitsevästi huonompi terveyteen liittyvä elämänlaatu kuin terveillä, mutta ei kaikilla RAND-36-ulottuvuuksilla.

Tämän tutkimuksen mukaan huonoon terveyteen liittyvään elämänlaatuun olivat tilastollisesti merkitsevästi yhteydessä huono koulutus- ja tulotaso, alentunut työkyky / työkyvyttömyys, masennusoireet, tyytymättömyys elämään, aleksityymiset piirteet, toivottomuus, itsetuhoisuus (pitkään mielenterveysoireista kärsineet miehet), runsas alkoholin käyttö (pitkään mielenterveysoireista kärsineet naiset), psykiatriset diagnoosit ja somaattiset sairaudet. Somaattisten tutkimusten tulokset eivät korostuneet terveyteen liittyvään elämänlaatuun tilastollisesti merkitsevästi yhteydessä olevina tekijöinä.

Sukupuolella ja siviilisäädyllyä ei ollut tilastollisesti merkitsevää yhteyttä terveyteen liittyvän elämänlaadun kokemiseen. Korkeampi ikä oli yhteydessä huonoon fyysiseen terveyteen liittyvään elämänlaatuun, mutta parempaan sosiaaliseen toimintakykyyn ja psyykkiseen hyvinvointiin. Jatkuva tupakointi oli yhteydessä pitkään mielenterveysoi-

reista kärsineiden naisten psyykkiseen terveyteen liittyvään elämänlaatuun, mutta se ei tullut tilastollisesti merkitseväksi logistisessa mallissa.

Huonoon terveyteen liittyvään elämänlaatuun yhteydessä olevat määräävät tekijät olivat huono taloudellinen tilanne, matala koulutustaso, alentunut työkyky / työkyvyttömyys, runsas alkoholin käyttö, pitkäaikainen ja nykyinen tyytymättömyys elämään, masennusoireet (BDI), aleksityymiset piirteet ja somaattiset sairaudet. Pitkäaikainen tyytymättömyys elämään oli huonon terveyteen liittyvän elämänlaadun määräävä riskitekijä. (Kuvio 4.)



Kuvio 4. Huonoon terveyteen liittyvään elämänlaatuun tilastollisesti merkitsevästi yhteydessä olevat määräävät tekijät

6 Pohdinta

6.1 EETTISYYS

Kuopion yliopiston (nyk. Itä-Suomen yliopisto) ja Kuopion yliopistollisen sairaalan eettinen toimikunta on käsitellyt ja hyväksynyt 13.4.2004 tutkimuksen suunnitelman "Masentuneisuus ja muu mielenterveysoireilu yleisväestössä -uusia riskitekijöitä on löydyttä", johon tämä tutkimus kuului osatutkimuksena.

Tutkimuksen tarkoituksena oli tutkia masentuneisuutta ja muuta mielenterveysoireilua yleisväestössä sekä selvittää erityisesti psyykkistä ja fyysistä terveyttä ja elämänlaatua sekä niihin yhteydessä olevia tekijöitä (Viinamäki ym. 2004). Tutkimukseen osallistuville annettiin kirjallinen ja suullinen selostus tutkimuksesta. Tutkimukseen osallistuminen oli vapaaehtoista, ja tutkimukseen osallistujat antoivat kirjallisen suostumuksensa. Tutkimukseen osallistumisen saattoi perua niin halutessaan. (Kylmä ym. 1999, Laki lääketieteellisestä tutkimuksesta 1999, Burns & Grove 2001.)

Ennen suostumuslomakkeen allekirjoittamista tutkimukseen kutsutuille kerrottiin tutkimuksesta, sen tarkoituksesta, aineiston keräämisestä, luottamuksellisuudesta, mahdollisista hyödyistä ja haitoista sekä tutkijoiden yhteystiedot. Tutkimukseen osallistujat kirjoittivat suostumuslomakkeen tietoisina siitä, mihin he suostuvat.

Tutkimushaastatteluihin pyrittiin luomaan tutkittavan yksilöllisyyttä kunnioittava ja luottamuksellinen ilmapiiri. Tämä on erityisen tärkeää tutkittaessa haavoittuvia ihmisryhmiä, kuten pitkään mielenterveydeltään oireilleet ihmiset. Erityisesti kiinnitettiin huomiota siihen, ettei tutkimuksesta aiheutuisi heille liikaa kuormitusta. (Anderson & Hatton 2000.) Tutkimushaastattelussa osa tutkittavista sai psykiatrisen diagnoosin, josta he saivat tiedon tutkimushaastattelun tekijältä. Tarvittaessa heidät ohjattiin klinisiin tutkimuksiin ja jatkohoitoon joko perusterveydenhuoltoon tai erikoissairaanhoidon. Tutkittavat saivat tiedon myös somaattisista ja laboratoriotutkimuksista, ja poikkeavia arvoja saaneet ohjattiin pääsääntöisesti terveyskeskuslääkärin vastaanotolle. (Viinamäki ym. 2004.) Haastattelijalla oli mahdollisuus konsultoida tarvittaessa tutkimusryhmään kuuluvia psykiatrian ja sisätautien erikoislääkäreitä.

Tutkimuksessa käytettävät menetelmät ovat normaalissa kliinisessä käytössä eikä niihin sisälly merkittäviä riskejä tutkittavien kannalta. Tutkittavien anonymiteetti säilytettiin tutkimuksen aikana. Tutkimustulokset on raportoitu siten, ettei tutkittavia tunnusteta. Tutkimuslomakkeet arkistoitiin lukittavaan teräskaappiin, jossa niitä säilytetään yleisen arkisto-ohjeen mukaisesti. Tietokoneen tietokannoissa tutkittavat esiintyvät vain havaintotunnuksina. Havaintotunnuksen ja nimen yhdistävä koodi säilytetään lukitus- ja teräskaapissa. Kerätty tieto hävitetään 20 vuoden kuluttua. (Viinamäki ym. 2004.)

6.2 LUOTETTAVUUS

Tässä tutkimuksessa luotettavuutta arvioidaan aineiston keruun, mittaamisen ja tulosten näkökulmasta. Tutkimuksen sisäinen luotettavuus (validiteetti) tarkoittaa sitä, että mitataan oikeita asioita ja sitä, mitä on tarkoitus mitata. Sisäinen luotettavuus liittyy siihen, miten luotettavia ja tutkittavan ilmiön kannalta keskeisiä tietoja tutkimukseen osallistuvilta saadaan ja miten luotettavia johtopäätöksiä tehdään. Tutkimusasetelman tulee määrätä, mitä tutkimustuloksia saadaan. (Vehviläinen-Julkunen & Paunonen 1997, Burns & Grove 2001, Polit & Hungler 2005.) Sisäinen validiteetti voidaan jakaa sisältö-, rakenne- ja kriteerivaliditeettiin. Sisältövaliditeetin kannalta keskeistä on mittauksen kyky mitata haluttua ominaisuutta, mikä tarkoittaa luotettavan mittarin, sopivien tutkimusmenetelmien ja aineiston käsittelytapojen valintaa. (Burns & Grove 2001.) Mittaamisessa pyritään objektiivisuuteen, tiedonkeruun helppouteen, häiritsemättömyyteen ja edullisuuteen. Näiden lisäksi menetelmää valittaessa pitää ottaa huomioon mittauksen tarkkuus, edustavuus, reliabiliteetti, validiteetti, herkkyys, erottelukyky sekä mitattavan suureen häiriintymättömyys. (Polit & Hungler 2005.)

Tässä tutkimuksessa tutkimusasetelma oli huolella suunniteltu ja hyväksytty monitieteisessä tutkimusryhmässä. Tutkimustilanne oli suunniteltu kiirettömäksi ja rakenteeltaan mahdollisimman samanlaiseksi kaikille osallistujille. (Burns & Grove, 2001.) Terveysteen liittyvän elämänlaadun mittaamisessa käytettiin RAND-36-mittaria, koska se on validoitu suomalaisessa väestötutkimuksessa (Aalto ym. 1999) ja se on osoittautunut aiemmissa tutkimuksissa sisäisesti johdonmukaiseksi (Aalto ym. 1999, Ware Jr ym. 1993, 2000, Gandek ym. 2004) sekä käyttökelpoiseksi psykometristen ominaisuuksiensa puolesta (Kattainen & Meriläinen 2004). Muita mittareita, esimerkiksi BDI, TAS, LS, BHS, SCID-I ja II sekä HDRS, on käytetty varsinkin lääketieteellisissä tutkimuksissa yleisesti, ja niiden luotettavuudesta on aiempaa tietoa. RAND-36-mittariin vastattiin hyvin. Vastausprosentti RAND-36:n kysymyksiin oli 94,5 % mielenterveydeltään pitkäaikaisesti oireilevien ja 95,7 % mielenterveydeltään oireettomien ihmisten tutkimusjoukossa.

Aineiston analyysissä käytettiin erilaisia tilastollisia menetelmiä, kuten keskiarvo- ja riippumattomuustestejä sekä monimuuttajamenetelmiä (Lepola ym. 2003). Analyysimenetelmien valinnassa huomioitiin jakaumien muodot. Koko aineistoa koskevissa osatutkimuksissa jakaumat olivat oikealle vinoja: hyvää terveyteen liittyvää elämänlaatua kuvaavia pistemääriä oli aineistossa enemmän kuin huonoa terveyteen liittyvää elämänlaatua kuvaavia pistemääriä. Pitkäaikaisista mielenterveysoireista kärsivien joukossa jakaumat olivat muodoltaan normaaleja. Kattovaikutusta voidaan odottaa olevan enemmän sellaisessa tutkimusjoukossa, jossa on mukana terveitä henkilöitä (Aalto ym. 1999).

Rakennevaliditeettia, eli miten laajasti mittari mittaa käsitettä, voidaan lisätä teemmällä käsiteanalyysi. Tässä tutkimuksessa tehty laaja terveyteen liittyvän elämänlaadun käsiteanalyysi tukee RAND-36-mittarin käyttämistä. RAND-36 ja sen kahdeksan ulottuvuutta kattoivat hyvin terveyteen liittyvän elämänlaadun käsitteen osa-alueet.

RAND-36-mittari pohjautuu WHO:n terveyden määritelmään, jolle perustuu myös terveyteen liittyvän elämänlaadun käsitteen määrittely tässä työssä.

Ulkoinen validiteetti on perusta sille, miten tutkimustulokset ovat yleistettävissä tutkimusjoukon ulkopuolelle. Tähän vaikuttaa otoskoon edustavuus ja kato. Vastausprosentissa pyrittiin mahdollisimman korkealle tutkimuksen sisäisen luotettavuuden ja yleistettävyyden vuoksi. (Burns & Grove 2001.) Vastausprosentit vaihtelivat osajulkaisuissa I–IV raportoiduissa tutkimuksissa 77–79 %:n välillä ollen väestötutkimusta ajatellen hyviä. Tutkimukseen osallistujat olivat eri puolilta Pohjois-Savoa, eri-ikäisiä, naisia ja miehiä ja erilaisissa elämäntilanteissa olevia ihmisiä, eli edustava otos satunnaisotannalla otetusta perusjoukosta. Tämä otos oli vakioitu iän ja sukupuolen suhteen. Keski-ikäiset ja vanhemmat olivat runsaammin edustettuina. Pitkäaikaisista mielenterveysoireista kärsivien tutkimukseen osallistuneiden (n=163) keski-ikä oli 55,4 (SD 9,0) ja ei-pitkäaikaisista mielenterveysoireista kärsivien ryhmässä (n=170) 56,3 (SD 10,1). Naisia oli kummassakin joukossa 95. Tässä tutkimuksessa pienet otoskoot lisäsivät tutkimusjoukon homogeenisuutta, jolloin yleistettävyys saattaa huonontua. Pienissä tai homogeenisissa tutkimusaineistoissa on vaarana tyypin II tilastollinen virhe, jolloin olemassa olevia eroja ei havaita eikä merkittävä tulos tule ilmi. Tämän tutkimuksen tulokset olivat loogisia ja tilastollisesti merkitseviä, eli tulos tuli ilmi.

Reliabiliteetilla tarkoitetaan, miten täsmällisesti pystytään mittaamaan sitä, mitä on tarkoituskin mitata. Reliabiliteetti on ennen kaikkea kvantitatiivisessa tutkimuksessa käytetyn mittarin ominaisuus, mutta siihen vaikuttavat myös monet tekijät, kuten tutkittava henkilö, tutkimustilanne ja tutkimuksen järjestelyt. Reliabiliteetti ilmenee mittarin osioiden sisäisenä kiinteytenä tai johdonmukaisuutena, mittaustulosten vastaavuutena ja mittausten pysyvyytenä. Mittarin sisäinen johdonmukaisuus tarkoittaa mittarin eri osioiden kykyä mitata samaa asiaa. Tavallisimmin käytetty johdonmukaisuutta kuvaava arvo on Cronbachin alfa. RAND-36 mittarin reliabiliteetikertoimet (Cronbachin alfa) olivat I–II osajulkaisuissa 0.74–0.93 ja III–IV osajulkaisuissa 0.81–0.91 välillä eli sisäinen johdonmukaisuus oli hyvä. (Ks. Tarkkonen 1993, Kattainen 2004, Polit & Hungler 2005.)

Reliabiliteettia huonontavia satunnaisvirheitä vältettiin riittävän ajan, rauhallisen paikan ja mahdollisimman samanlaisten olosuhteiden varaamisella haastatteluille ja kyselylomakkeisiin vastaamiselle. Sama tutkija toteutti aineiston keruun, analysoinnin ja raportoinnin. Tutkijan kliininen kokemus ja psykiatrian sairaanhoitajan koulutus tuki luottamuksellisen suhteen muodostumisessa tutkittavien kanssa ja strukturoitujen haastattelujen kysymysten ymmärrettävässä esittämisessä. Tutkimuksen luotettavuutta lisäsi se, että tutkija sai lisäkoulutusta haastattelu- ja kyselylomakkeiden käyttöön. (Burns & Grove 2001, Kattainen 2004.) Tilastollisten menetelmien käyttämisestä ja tutkimustuloksista keskusteltiin tutkimusryhmässä.

Tässä tutkimuksessa valituilla mittareilla ja analyysimenetelmillä saatiin johdonmukaiset vastaukset tutkimusongelmiin, joten luotettavuutta voidaan pitää hyvänä. Analyysimenetelmien valinnassa on huomioitu jakaumien muodot. Tulokset raportoidaan totuudenmukaisesti, selkeästi ja yleistettävästi.

6.3 TULOSTEN TARKASTELUA

Sosiodemografiset tekijät

Tässä tutkimuksessa pitkään mielenterveysoireista kärsineiden miesten ja naisten terveyteen liittyvä elämänlaatu oli yhtä huono. Useissa muissa väestötutkimuksissa naisukupuoli on ollut selvästi yhteydessä huonoon terveyteen liittyvään elämänlaatuun (Burström ym. 2001, Guallar-Castillón ym. 2005, Vuillemin ym. 2005, Saarni ym. 2006, Ford ym. 2008, Cherepanov ym. 2010). Pitkään mielenterveysoireista kärsineillä naisilla oli kuitenkin enemmän erilaisia terveyteen liittyvään elämänlaatuun yhteydessä olevia ja määrääviä tekijöitä kuin miehillä, esimerkiksi sosiodemografisista tekijöistä alkoholin käyttö, tupakointi, koulutustaso ja taloudellinen tilanne. Pitkään mielenterveysoireista kärsineillä miehillä sosiodemografisista tekijöistä ainoastaan alentunut työkyky oli yhteydessä huonoon fyysiseen terveyteen liittyvään elämänlaatuun. On arveltu, että naiset tunnistavat paremmin terveydentilaansa, tai he sisällyttävät siihen useampia eri alueita kuin miehet (Benyamini ym. 2000).

Korkeampi ikä on ollut useissa väestötutkimuksissa yhteydessä huonoon terveyteen liittyvään elämänlaatuun (Aalto ym. 1999, Guallar-Castillón ym. 2005, Lubetkin ym. 2005, Saarni ym. 2006). Tässä tutkimuksessa korkeampi ikä oli yhteydessä huonoon fyysiseen terveyteen liittyvään elämänlaatuun, mutta parempaan sosiaaliseen toimintakykyyn ja psyykkiseen hyvinvointiin. Tutkimustulosten valossa korkeampi ikä voi jopa edistää varsinkin mielenterveydeltään pitkäaikaisesti oireilevien terveyteen liittyvää elämänlaatua. Siviilisäätty ei ollut tässä tutkimuksessa yhteydessä terveyteen liittyvään elämänlaatuun, vaikka naimisissa olevilla on tutkittu olevan parempi terveyteen liittyvä elämänlaatu kuin naimattomilla tai eronneilla (ks. Prause ym. 2005).

Runsaan alkoholin käytön yhteydessä pitkään mielenterveysoireista kärsineiden naisten huonoon psyykkiseen terveyteen liittyvään elämänlaatuun saattaa näkyä se, että suomalaisten naisten kuluttaman alkoholin osuus on noussut 12 prosentista 26 prosenttiin ja naisten käyttämä alkoholimäärä on kuusinkertaistunut 40 vuodessa. (THL 2010.) Koko aineistossa runsas alkoholin käyttö oli tilastollisesti merkitsevästi yhteydessä huonoon koettuun terveyteen.

Koko aineistossa sosiodemografisista tekijöistä alentunut työkyky tai työkyvyttömyys ja huono taloudellinen tilanne olivat määräävinä tekijöinä yhteydessä huonoon terveyteen liittyvään elämänlaatuun useilla sen ulottuvuuksilla. Tulos tukee aiempien väestötutkimusten tuloksia huonon taloudellisen tilanteen (Lubetkin ym. 2005, Sullivan ym. 2005, Saarni ym. 2006) ja työkyvyttömyyden (Zahran ym. 2005) yhteydestä alentuneeseen terveyteen liittyvään elämänlaatuun.

Tässä tutkimuksessa oli pienempi ja valikoituneempi aineisto (mielenterveydeltään pitkään oireilleet ja oireettomat) kuin edellä mainituissa väestötutkimuksissa, mikä saattaa vaikuttaa siihen, etteivät sosiodemografiset tekijät ole tässä tutkimuksessa yhtä tärkeitä terveyteen liittyvään elämänlaatuun yhteydessä olevia tekijöitä kuin psyykkiset tekijät. Tämä tulee esille varsinkin pitkään mielenterveydeltään oireilleilla ihmisillä.

Psykkiset tekijät

Tässä tutkimuksessa pitkään mielenterveysoireista kärsineiden ja psykiatrisen diagnoosin saaneiden ihmisten terveyteen liittyvä elämänlaatu oli laaja-alaisesti huono (fyysinen, psyykinen ja sosiaalinen alue) verrattuna mielenterveydeltään oireettomiin ja terveisiin väestön ihmisiin. Erityisesti vakavasta masennuksesta kärsivien ihmisten terveyteen liittyvä elämänlaatu oli alentunut verrattuna terveisiin ihmisiin. Tulos on yhden-suuntainen aikaisempien tutkimustulosten kanssa masennuksen ja sen oireiden terveyteen liittyvää elämänlaatua laaja-alaisesti alentavasta vaikutuksesta (Goldney ym. 2000, Burström ym. 2001, Kruijshaar ym. 2003, Isacson ym. 2005, Ko & Coons 2006). Persoonallisuushäiriöstä kärsivien huonoon terveyteen liittyvään elämänlaatuun oli tilastollisesti merkitsevästi yhteydessä kokemus omien fyysisten roolitoimintojen heikkenemisestä, mikä ei ole korostunut aiemmin kansainvälisissä tutkimuksissa (Jackson & Burgess 2000, 2002, Grant ym. 2004). Myös alkoholidiagnoosin saaneiden ihmisten terveyteen liittyvä elämänlaatu oli alhaisempi fyysisillä ulottuvuuksilla kuin Sprangersin ja kumppaneiden (2000) väestötutkimuksessa. Väestötutkimuksia, joissa on diagnosoitu psykiatriset sairaudet, ei ole tehty useita. Varsinkaan persoonallisuushäiriödiagnoosin tai alkoholin väärinkäytön / alkoholiriippuvuuden diagnoosin saaneiden ihmisten terveyteen liittyvää elämänlaatua ei ole tutkittu paljon (Jackson & Burgess 2000, 2002, 2004, Grant ym. 2004). Tutkimustuloksissa nousee esille vakavan masennuksen, alkoholin väärinkäytön tai alkoholiriippuvuuden sekä persoonallisuushäiriön diagnoosien yhteys huonoon sosiaaliseen toimintakykyyn. Terveydentilan aiheuttamat rajoitukset normaaleille sosiaalisille suhteille näyttäisivät olevan vähän tutkittu terveyteen liittyvän elämänlaadun alue.

Tutkimustuloksissa psyykkiset tekijät korostuivat väestötöksen ihmisten terveyteen liittyvään elämänlaatuun tilastollisesti merkitsevästi yhteydessä olevina ja määräävinä tekijöinä. Pitkään mielenterveysoireista kärsineillä miehillä useat eri psyykkiset tekijät olivat yhteydessä myös fyysiseen terveyteen liittyvään elämänlaatuun. Itsetuhoisuus oli yhteydessä psyykkiseen terveyteen liittyvään elämänlaatuun vain miehillä. Tässä tuloksessa saattaa näkyä se, että pitkään mielenterveysoireista kärsineiden miesten huonoon fyysiseen ja psyykkiseen terveyteen liittyvään elämänlaatuun oli yhteydessä määräävinä tekijänä aleksityymiset piirteet (TAS). Suomalaisessa yleisväestössä miehillä on enemmän aleksityymisiä piirteitä kuin naisilla (Honkalampi ym. 2000), ja varsinkin kyvyttömyys tunnistaa tunteita on ollut yhteydessä huonoon terveyteen liittyvään elämänlaatuun (Mattila ym. 2009). Sen sijaan pitkään mielenterveysoireista kärsineillä naisilla huonoon fyysiseen ja psyykkiseen terveyteen liittyvään elämänlaatuun oli yhteydessä määräävinä tekijänä masennusoireet (BDI). Naisilla on eri tutkimusten mukaan enemmän masennusoireita kuin miehillä (Kessler 2003), ja he myös tunnistavat terveydentilaansa, esimerkiksi masennusoireita, monipuolisemmin kuin miehet (Benyamini ym. 2000).

Pitkään jatkunut tyytymättömyys elämään oli huonon terveyteen liittyvän elämänlaadun riskitekijä. Jos ihminen on ollut pitkään tyytymätön elämäänsä, todennäköisesti hänen terveyteen liittyvä elämänlaatunsa on alentunut. Myös nykyinen tyytymättö-

myys elämään oli laaja-alaisesti yhteydessä huonoon terveyteen liittyvään elämänlaatuun verrattuna elämäänsä tyytyväisiin ihmisiin. Tulos tukee käsitystä siitä, että terveyteen liittyvään elämänlaatuun sisältyy kaksoissubjektiivisuus eli oma arvio (kognitiivinen prosessi) ja tyytyväisyys (emotionaalinen prosessi) fyysisestä, psyykkisestä ja sosiaalisesta terveydestä ja toimintakyvystä (Kamphuis ym. 2004, Moons 2004). Samoista oireista kärsivä, mutta elämäänsä tyytyväisempi ihminen, saattaa arvioida terveyteen liittyvän elämänlaatunsa paremmaksi kuin elämäänsä tyytymättömämpi (ks. Guyatt ym. 1993, Strine ym. 2008).

Somaattiset tekijät

Somaattisista sairauksista kärsivien ihmisten terveyteen liittyvä elämänlaatu oli huonontunut, mutta psyykinen hyvinvointi oli verrattavissa terveisiin väestön ihmisiin. Tulokset tukevat aiempien tutkimusten tuloksia siitä, että somaattisista pitkäaikais sairauksista kärsivien ihmisten terveyteen liittyvä elämänlaatu, erityisesti fyysinen alue, on alentunut väestössä (Aalto ym. 1999, Sprangers ym. 2000, Alonso ym. 2004, Saarni 2008, Bayliss ym. 2012).

Muiden somaattisten tekijöiden kuin somaattisten sairauksien merkitys terveyteen liittyvään elämänlaatuun yhteydessä olevana tekijänä oli yllättävän vähäinen. Ikään-tyvän miehen oireisto (IMO) oli odotetusti yhteydessä pitkään mielenterveysoireista kärsineiden miesten (keski-ikä 55,7 v) fyysiseen ja psyykkiseen terveyteen liittyvään elämänlaatuun. Muutoin miehillä vain verensokeri ja vyötärönympäryys olivat tilastollisesti yhteydessä fyysiseen terveyteen liittyvään elämänlaatuun. Pitkään mielenterveys- oireista kärsineillä naisilla muilla somaattisilla tekijöillä ei ollut lainkaan tilastollista yhteyttä terveyteen liittyvään elämänlaatuun. Tulos poikkeaa aiemmista tutkimuksista, joissa varsinkin lihavuus (Fontaine & Barofsky 2001, Jia & Lubetkin 2005) ja painoindeksi (Vuillemin ym. 2005, Søltøft ym. 2009) ovat olleet yhteydessä terveyteen liittyvään elämänlaatuun sekä naisilla että miehillä. Laboratoriotulosten ja terveyteen liittyvän elämänlaadun yhteyksiä on tutkittu vähän. Tämä tulos voi johtua aineiston pienuudesta, mutta todennäköisemmin siitä, että pitkään mielenterveysoireista kärsineillä ihmisillä muut kuin somaattiset tekijät ovat tärkeämpiä terveyteen liittyvässä elämänlaadun kokemisessa.

Tulosten merkitys

Tämän tutkimuksen tulosten mukaan mielenterveysoireet ja psyykkiset sairaudet huonontavat terveyteen liittyvää elämänlaatua laaja-alaisesti. Aiemmin on tutkittu, että masennus ja sen oireet, ahdistuneisuus ja somatoformiset häiriöt saattavat olla määrääviä tekijöitä siinä, miten potilaat kokevat itsensä, elämänsä ja hoidon vaikuttavuuden (ks. Linzer ym. 1996, Smith ym. 1999). Tässä tutkimuksessa psyykkisillä tekijöillä oli tärkeä merkitys terveyteen liittyvän elämänlaadun kokemisessa ja arvioinnissa; sosio-demografiset ja somaattiset tekijät eivät olleet yhtä merkitsevästi yhteydessä terveyteen liittyvään elämänlaatuun.

Huonolla terveyteen liittyvällä elämänlaadulla on todettu olevan yhteys kuolleisuuteen, sairastavuuteen, lisääntyneeseen terveystalvelujen käyttöön ja hoitoon sitoutumattomuuteen (ks. Aalto ym. 1999, Sousa ym. 1999, Otero-Rodríguez ym. 2010, Bayliss ym. 2012), minkä takia terveyteen liittyvän elämänlaadun edistämällä on merkitystä koko ihmisen elämän ja terveyden, terveystalvelujen järjestämisen ja hoidon tuloksellisuuden kannalta. Väestön ja potilaiden kokeman terveyteen liittyvän elämänlaadun mittaaminen sopivalla ja helpokäyttöisellä mittarilla antaa tietoa heidän fyysisestä, psyykkisestä ja sosiaalisesta hyvinvoinnistaan ja toimintakyvystään. Tämä tieto voisi helpottaa hoitotoimenpiteiden kohdistamista oikeille terveyteen liittyvän elämänlaadun alueille, monipuolistaa interventioita ja viedä kohti kokonaisvaltaista hoitoa ja tukea. (Ks. Spitzer ym. 1995, Hahn ym. 2007.)

Tutkimustulokset rakentavat hoitotieteen tietoperustaa tuomalla uutta tietoa pitkäaikaisesti mielenterveydeltään oireilevien ja oireettomien ihmisten terveyteen liittyvästä elämänlaadusta sekä siihen yhteydessä olevista tekijöistä. Tutkimus tuotti uutta monitieteistä tietoa hoitotyön käytäntöön. Tutkimuksen antama tieto tukee hoitotieteellistä käsitystä ihmisestä kokonaisvaltaisena, holistisena olentona, jota myös tulee hoitaa kokonaisvaltaisesti hänen terveytensä edistämiseksi (ks. Rissanen 1999, Taylor ym. 2005, Barry 2009, Power 2010). Arvioitaessa ihmisen tarvitsemaa apua ja tukea, tarvitaan tietoa hänen omakohtaisesta terveytensä ja elämänlaatunsa kokemuksesta (ks. Lauri & Kyngäs 2005).

Tutkimus tuotti tietoa mielenterveyden edistämisen tueksi hoitotyössä sekä promootion että prevention näkökulmasta. Promootion näkökulmasta esimerkiksi tieto elämäntyytymättömyyden yhteydestä terveyteen liittyvään elämänlaatuun tukee positiivisen mielenterveyden edistämisen tärkeyttä (ks. Mittelmark 2005, Savola & Koskinen-Ollonqvist 2005, Zechmeister ym. 2008, Kylmä ym. 2009). Väestön terveyteen liittyvän elämänlaadun edistämässä myös taloudellinen tilanne ja työkykyisyys ovat huomiotavia tekijöitä. Psykiatristen sairauksien ja huonon sosiaalisen toimintakyvyn tilastollinen yhteys vahvistaa käsitystä siitä, että on tärkeä tukea ihmissuhteiden toimivuutta perheessä ja työssä terveyteen liittyvän elämänlaadun parantamiseksi. RAND-36-mittariin on ehdotettu sosiaalista aluetta omaksi teoreettiseksi ulottuvuudeksi, mikä vahvistaisi sen merkitystä terveyteen liittyvän elämänlaadun tutkimuksessa (ks. Ware Jr 2003). Tässä tutkimuksessa tehty käsitteanalyysi tukee terveyteen liittyvän elämänlaadun jakamista fyysiseen, psyykkiseen ja myös sosiaaliseen alueeseen.

Koska psyykkiset tekijät olivat merkitsevästi yhteydessä huonoon fyysiseen, psyykkiseen ja sosiaaliseen terveyteen liittyvään elämänlaatuun, niin preventiivisestä näkökulmasta mielenterveyden häiriöiden ehkäiseminen ja hyvä hoitaminen edistävät laajalajaisesti potilaiden ja väestön hyvinvointia ja toimintakykyä (ks. Papakostas ym. 2004, Zechmeister ym. 2008, Kylmä ym. 2009). Psyykkisen hyvinvoinnin ja toimintakyvyn koheneminen vapauttaa parhaimmillaan voimavaroja oman fyysisen, psyykkisen ja sosiaalisen terveydentilan hoitamiseen. Mielenterveydeltään pitkäaikaisesti oireilevien terveyteen liittyvää elämänlaatu heikensivät myös somaattiset sairaudet, jolloin niiden huomioiminen hoidossa on tärkeää. Muiden somaattisten tekijöiden yhteys terveyteen

liittyvään elämänlaatuun oli vähäinen. Tämä ei kuitenkaan saisi merkitä sitä, että muut somaattiset tekijät ja fyysinen terveys jäävät liian vähälle huomiolle itsehoitossa ja hoidossa.

Tieto niistä terveyteen liittyvän elämänlaadun alueista ja niihin yhteydessä olevista tekijöistä, joihin on syytä kiinnittää erityistä huomiota pitkään mielenterveysoireista kärsineiden naisten ja miesten tai psyykkisistä sairauksista kärsivien ihmisten kohdalla, auttaa hoitotyöntekijöitä edistämään heidän terveyteen liittyvää elämänlaatuaan (ks. Barry 2009, Lindström & Eriksson 2010, Woodhouse 2010). Tutkimuksen tuottama tieto tukee hoitotyöntekijöitä ottamaan puheeksi potilaan kanssa hänen kokemuksensa fyysisestä, psyykkisestä ja sosiaalisesta hyvinvoinnistaan ja toimintakyvystään sekä tunnistamaan niihin vaikuttavia tekijöitä, esimerkiksi masennusoireet, tyytyväisyys elämään, aleksityymiset piirteet, alkoholin käyttö ja somaattiset sairaudet. Tärkeää on myös tunnistaa ja vahvistaa yksilöllisiä voimavaroja. (Ks. Sousa & Williamson 2003, ICN 2005, Hahn ym. 2007, Kylmä ym. 2009.)

Tämän tutkimuksen tulokset tukevat aiempaa tietoa siitä, että hyvä terveyteen liittyvä elämänlaatu on merkittävä terveyttä edistävä tekijä. Aiempien tutkimusten mukaan positiivinen arvio omasta terveyteen liittyvästä elämänlaadusta auttaa uskomaan sairauden kontrolloitavuuteen ja selviämiseen sairauden ja oireiden kanssa (Sousa & Williamson 2003, Hu & Meek 2005, Marden 2005, Ye ym. 2008). Hyvä terveyteen liittyvä elämänlaatu edistää selviytymistä negatiivisen mielialan kanssa (Kuehner & Buerger 2005), sitoutumista hoitoon ja kuntoutukseen ja selviämistä päivittäisistä toiminnoista (ks. Hu & Meek 2005). Mielenterveysoireiden kanssa selviäminen tai oireiden vähentyminen sekä mielialan kohoaminen puolestaan parantavat terveyteen liittyvää elämänlaatua (Papakostas ym. 2004). Hoitotyössä on tärkeää myönteisen kehän aikaansaaminen terveyteen liittyvän elämänlaadun edistämiseksi.

6.4 PÄÄTELMÄT

1. Psyykkisistä sairauksista kärsivien ihmisten terveyteen liittyvä elämänlaatu on huono kaikilla terveyteen liittyvän elämänlaadun fyysisillä, psyykkisillä ja sosiaalisilla ulottuvuuksilla verrattuna terveisiin.
2. Pitkään mielenterveysoireista kärsineet miehet ja naiset kokevat terveyteen liittyvän elämänlaatunsa yhtä huonona.
3. Vakavasta masennuksesta kärsivien ihmisten terveyteen liittyvä elämänlaatu on erityisen huono.
4. Alkoholin liikkakäyttö, huono taloudellinen tilanne ja alentunut työkyky ovat yhteydessä huonoon terveyteen liittyvään elämänlaatuun.

5. Mielenterveyteen liittyvät tekijät korostuvat määräävinä tekijöinä terveyteen liittyvässä elämänlaadussa.
6. Pitkäaikainen tyytymättömyys elämään on huonon terveyteen liittyvän elämänlaadun määräävä riskitekijä.
7. Psykkiset sairaudet ovat vahvasti yhteydessä huonoon sosiaaliseen toimintakykyyn.
8. Somaattiset sairaudet huonontavat erityisesti fyysistä terveyteen liittyvää elämänlaatua.

6.5 SUOSITUKSET

Suosituksot hoitotyöhön ja muuhun terveydenhuoltoon

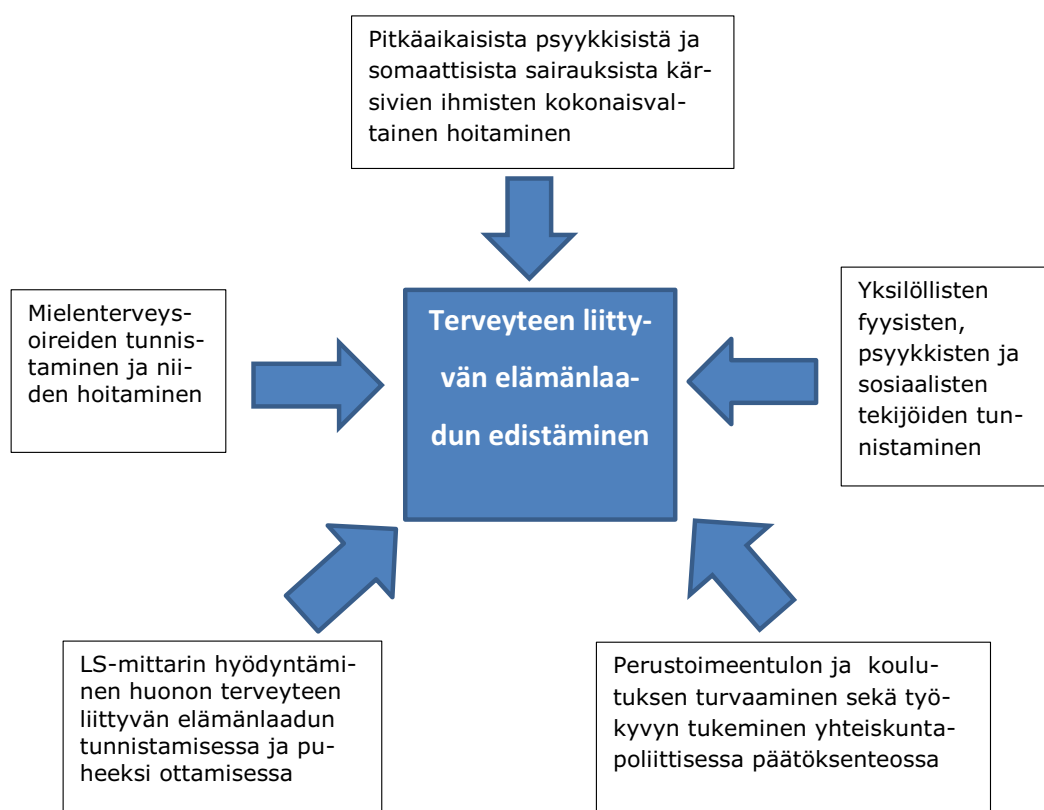
Terveyteen liittyvän elämänlaadun edistämiseksi terveydenhuollossa on tärkeää ottaa huomioon potilaan oma kokemus psyykkisestä, fyysisestä ja sosiaalisesta terveydentilastaan ja siihen vaikuttavista tekijöistä. Pitkäaikaisista mielenterveysoireista ja psyykkisistä pitkäaikaisairauksista kärsivät ihmiset tulee huomioida terveydenhuollossa kokonaisvaltaisesti. Psykkisen terveyden lisäksi myös heidän fyysinen ja sosiaalinen toimintakykynsä tulisi huomioida.

Hoitotyössä, sekä erikoissairaanhoidossa että perusterveydenhuollossa, on osattava tunnistaa mielenterveysoireet, puhuttava niistä potilaiden kanssa ja samalla mietittävä yksilöllisesti, mitä apua kukin tarvitsee. Väestön terveyteen liittyvän elämänlaadun edistämiseksi on tärkeää ymmärtää mielenterveyden merkitys somaattisten sairauksien hoidossa.

Terveyteen liittyvän elämänlaadun edistämässä tarvitaan promootiota ja preventiota. Tämän tutkimuksen tulosten valossa promootion ja positiivisen mielenterveyden näkökulmasta yksilöllisten voimavarojen, tyytyväisyyden elämään, työkykyisyyden ja toimivien ihmissuhteiden tukeminen edistää terveyteen liittyvää elämänlaatua. Väestötasolla on tärkeää turvata ihmisten perustoimeentulo ja koulutus.

Preventiivisestä näkökulmasta terveyteen liittyvän elämänlaadun edistämiseksi on tärkeää tunnistaa sitä uhkaavat riskitekijät yksilö- ja väestötasolla, puuttua niihin, hoitaa pitkäaikaiset somaattiset ja psyykkiset sairaudet hyvin ja kannustaa itsehoitoon. Hoitotyössä on syytä kiinnittää huomiota pitkään mielenterveysoireista kärsineiden terveyteen liittyvään elämänlaatuun, koska tämä haavoittuva ryhmä saattaa jäädä huomiotta terveystalveissa. Pitkään mielenterveysoireista kärsineiden naisten kohdalla on kiinnitettävä erityistä huomiota liialliseen alkoholin käyttöön ja masennoisoreisiin ja miesten kohdalla psyykkisten tekijöiden vaikutukseen fyysiseen terveyteen, aleksityymisiin oireisiin ja itsetuhoisuuteen.

Hoitotyöntekijöiden ja muun terveydenhuoltohenkilöstön on tärkeä arvioida yhdessä potilaan kanssa sitä, millaiseksi hän kokee terveyteen liittyvän elämänlaatunsa ja mitkä tekijät siihen vaikuttavat. Tässä voivat olla apuna erilaiset terveyteen liittyvän elämänlaadun mittarit. Huonon terveyteen liittyvän elämänlaadun tunnistamisen ja puheeksi ottamisen apuna voidaan terveydenhuollossa käyttää Tyytyväisyys elämään -mittaria (Life Satisfaction; LS-4). Varsinkin elämäänsä tyytymättömien ihmisten terveyteen liittyvää elämänlaatua on tarpeellista arvioida ja mitata tarkemmin sekä miettiä yhdessä, mihin tekijöihin ja mille alueille he tarvitsevat tukea. Terveyteen liittyvän elämänlaadun mittaaminen ja tulosten arvioiminen tukee hoitotyöntekijöiden ja potilaiden yhteistyötä psyykkisen, fyysisen ja sosiaalisen hyvinvoinnin ja toimintakyvyn edistämisessä ja sairauksien ehkäisyssä. Yhteenvedo suosituksista hoitotyöhön ja muuhun terveydenhuoltoon on esitetty kuviossa 5.



Kuvio 5. Yhteenvedo suosituksista hoitotyöhön ja muuhun terveydenhuoltoon

Suosituksat jatkotutkimuksiin

Tulevaisuudessa on tärkeä tutkia väestön terveyteen liittyvää elämänlaatua ja sen riskitekijöitä erilaisissa haavoittuvissa väestöryhmissä, kuten työttömien terveyteen liittyvää elämänlaatua. On tärkeä tutkia terveyteen liittyvää elämänlaatua ja sen edistämistä pitkittäisasetelmissä ja interventiotutkimuksissa. Jatkotutkimushaasteena on tutkia terveyteen liittyvän elämänlaatuun parantamiseksi tehtyjen interventioiden vaikutuksia potilaiden terveyteen liittyvään elämänlaatuun. Tulevaisuuden haasteena suomalaiselle hoitotieteelliselle tutkimukselle on erityisesti väestötason terveysinterventioiden tekeminen ja niiden vaikutusten tutkiminen. Terveyteen liittyvän elämänlaadun edistämiseksi tarvitaan potilas- ja väestötason seurantatutkimuksia. Terveyteen liittyvän elämänlaadun tutkimus tuo arvokasta väestön ja potilaiden näkökulmasta saatua tietoa terveyspalveluja suunnitteleville ja toteuttaville henkilöille väestön terveyden edistämiseksi. Se tuottaa tietoa myös käytännön hoitotyön menetelmien kehittämiseen.

Lähteet

Aalto A-M, Aro S, Ohinmaa A, Aro AR. & Mähönen M. 1997. Lyhyen terveyteen liittyvää elämänlaatua kartoittavan SF-20-mittarin validointi suomalaisessa aikuisväestössä. Aiheita-sarja 37. STAKES. Helsinki. Gummerus. Saarijärvi.

Aalto A-M, Aro A. & Teperi J. 1999. RAND-36 terveyteen liittyvän elämänlaadun mittarina. Mittarin luotettavuus ja suomalaiset väestöarvot. Tutkimuksia 101. STAKES. Helsinki. Gummerus. Saarijärvi.

Ahmed RL, Prizment A, Lazovich D, Schmitz KH. & Folsom AR. 2008. Lymphedema and quality of life in breast cancer survivors: the Iowa women's health study. *Journal of Clinical Oncology* 26, 5689-5696.

Ahto M. 1999. Sepelvaltimotauti ja elämänlaatu iäkkäillä: sepelvaltimotaudin vallitsevuus, ilmenemismuodot ja yhteydet fyysiseen, psyykkiseen, kognitiiviseen ja sosiaaliseen toimintakykyyn. *Acta Universitatis Ouluensis. Series D, Medica*, 536. Oulun yliopisto. Oulu.

Allardt E. 1973. About dimensions of welfare: an exploratory analysis of a comparative Scandinavian survey. Research Group of Comparative Sociology. Research Reports 1973:1. University of Helsinki. Helsinki.

Allardt E. 1976. Hyvinvoinnin ulottuvuuksia. WSOY. Porvoo.

Alonso J, Ferrer M, Gandek B, Ware Jr JE Jr, Aaronson NK, Mosconi P, Rasmussen NK, Bullinger M, Fukuhara S, Kaasa S. & Leplège A. IQOLA Project Group. 2004. Health-related quality of life associated with chronic conditions in eight countries: results from the International Quality of Life Assessment (IQOLA) project. *Quality of Life Research* 13, 283-298.

Anderson DG. & Hatton DC. 2000. Accessing vulnerable populations for research. *Western Journal of Nursing Research* 22, 244-251.

Arden-Close E, Pacey A. & Eiser C. 2010. Health-related quality of life (HRQoL) in survivors of lymphoma: a systematic review and methodological critique. *Leukemia and Lymphoma* 51, 628-640.

Arnold LM, Witzeman KA, Swank ML, McElroy SL. & Keck Jr PE. 2000. Health-related quality of life using the SF-36 in patients with bipolar disorder compared with patients with chronic back pain and the general population. *Journal of Affective Disorders* 57 (1-3), 235-239.

Aro AR, Aalto A-M. & Mähönen M. 1993. Elämänlaadun mittaaminen eri sairauksissa. *Duodecim* 109, 1512-1519.

Aro AR. & Mähönen M. 1993. Sanoista tekoihin elämänlaadun mittaamisessa. *Duodecim* 109, 1501-1503.

- Arts EE, Landewe-Cleuren SA, Schaper NC. & Vrijhoef HJ. 2012. The cost-effectiveness of substituting physicians with diabetes nurse specialists: a randomized controlled trial with 2-year follow-up. *Journal of Advanced Nursing* 68, 1224-1234.
- Bagby RM, Parker JDA. & Taylor GJ. 1994. The twenty-item Toronto Alexithymia Scale-I. Item selection and cross-validation of the factor structure. *Journal of Psychosomatic Research* 38, 23-32.
- Bardage C. & Isacson DG. 2001. Hypertension and health-related quality of life: an epidemiological study in Sweden. *Journal of Clinical Epidemiology* 54, 172-181.
- Barry M. 2009. Addressing the determinants of positive mental health: concepts, evidence and practice. *International Journal of Mental Health Promotion* 11, 4-17.
- Barton GR, Sach TH, Doherty M, Avery AJ, Jenkinson C. & Muir KR. 2008. An assessment of the discriminative ability of the EQ-5Dindex, SF-6D, and EQ VAS, using sociodemographic factors and clinical conditions. *The European Journal of Health Economics* 9, 237-249.
- Bayliss M, Rendas-Baum R, White MK, Maruish M, Bjorner J. & Tunis SL. 2012. Health-related quality of life (HRQL) for individuals with self-reported chronic physical and/or mental health conditions: panel survey of an adult sample in the United States. *Health and Quality of Life Outcomes* 10: 154.
- Beck AT, Ward CH, Mendelson M, Mock J. & Erbaugh J. 1961. An inventory for measuring depression. *Archives of General Psychiatry* 4, 561-571.
- Beck AT, Weissman A, Lester D. & Trexler L. 1974. The measurement of pessimism: the Hopelessness Scale. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 42, 861-865.
- Benyamini Y, Leventhal EA. & Leventhal H. 2000. Gender differences in processing information for making self-assessments of health. *Psychosomatic Medicine* 62, 354-364.
- Bourbonnais JM. & Samavati L. 2010. Effect of gender on health related quality of life in sarcoidosis. *Sarcoidosis, Vasculitis, and Diffuse Lung Diseases* 27, 96-102.
- Bowling A. 1997. *Measuring health. A review of quality of life measurement scales*. St Edmundsbury Press. Bury St Edmunds. Suffolk.
- Bowling A. 2001. *Measuring disease. A review of disease-specific quality of life measurement scales (2.ed.)*. Bury St Edmund. Suffolk.
- Bowling A. 2005. *Measuring health. A review of quality of life measurement scales (3.ed.)*. Bell and Bain Ltd. Glasgow.
- Burns N. & Grove SK. 2001. *The practice of nursing research. Conduct, Critique & Utilization*. W.B. Saunders Company. Philadelphia.

- Burström K, Johannesson M. & Diderichsen F. 2001. Health-related quality of life by disease and socio-economic group in the general population in Sweden. *Health Policy* 55, 51-69.
- Campbell A, Converse PE, Rodgers WL. 1976. *The quality of American life. Perceptions, evaluations, satisfactions.* Russel Sage Foundation. New York.
- Cantrell MA. & Lupinacci P. 2008. Investigating the determinants of health-related quality of life among childhood cancer survivors. *Journal of Advanced Nursing* 64, 73-83.
- Cherepanov D, Palta M, Fryback DG. & Robert SA. 2010. Gender differences in health-related quality-of-life are partly explained by sociodemographic and socioeconomic variation between adult men and women in the US: evidence from four US nationally representative data sets. *Quality of Life Research* 19, 1115-1124.
- Christensen TL, Djurhuus CB, Clayton P & Christiansen JS. 2007. An evaluation of the relationship between height and health-related quality of life in the general UK population. *Clinical Endocrinology (Oxf)* 67, 407-412.
- Cieza A. & Strucki G. 2005. Content comparison of health-related quality of life (HRQOL) instruments based on the international classification of functioning, disability and health (ICF). *Quality of Life Research* 14, 1225-1237.
- Clark DO, Tu W, Weiner M. & Murray MD. 2003. Correlates of health-related quality of life among lower-income, urban adults with congestive heart failure. *Heart & Lung* 32, 391-401.
- Cook EL. & Harman JS. 2008. A comparison of health-related quality of life for individuals with mental health disorders and common chronic medical conditions. *Public Health Reports* 123, 45-51.
- Drennan J, Meehan T, Kemple M, Johnson M, Treacy MP. & Butler M. 2007. Nursing Research Priorities for Ireland. *Journal of Nursing Scholarship* 39, 298-305.
- Eide TM, Romundstad P, Klepstad P. & Myhre HO. 2005. Health-related quality of life in long term-survivors of thoracoabdominal aortic aneurysm repair. *Journal of Vascular Nursing* 23, 88-94.
- England M. 2005. Mediation of the relationship between inner voice experiences and health-related quality of life. *Perspectives in Psychiatric Care* 41, 22-34.
- Farquhar M. 1995. Definitions of quality of life: A taxonomy. *Journal of Advanced Nursing* 22, 502-508.
- Ferrans CE. 1996. Development of a conceptual model of quality of life. *Scholarly Inquiry for Nursing Practice* 10, 293-304.

- Ferrans CE, Zerwic JJ, Wilbur JE. & Larson JL. 2005. Conceptual model of health-related quality of life. *Journal of Nursing Scholarship* 37, 336-342.
- Ferrell BR, Grant M, Funk B, Otis-Green S. & Garcia N. 1998. Quality of life in breast cancer. Part II: Psychological and spiritual well-being. *Cancer Nursing* 21, 1-9.
- First MB, Spitzer RL, Gibbon M. & Williams JBW. 1997a. User's guide for the structured clinical interview for DSM-IV axis I disorders (SCID-I) -clinician version. Washington, DC: American Psychiatric Press.
- First MB, Gibbon M, Spitzer RL. & Williams JBW. 1997b. User's guide for the structured clinical interview for DSM-IV axis II personality disorders (SCID-II) –clinician version. Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Fontaine KR. & Barofsky I. 2001. Obesity and health-related quality of life. *Obesity Reviews* 2, 173-182.
- Ford E, Mokdad AH, Li C, McGuire LC, Strine TW, Okoro CA, Brown D. & Zack MM. 2008. Gender differences in coronary heart disease and health-related quality of life: findings from 10 states from the 2004. *Journal of Women's Health* 17, 757-768.
- Friedman MM. 2003. Gender differences in the health related quality of life of older adults with heart failure. *Heart & Lung* 32, 320-327.
- Gandek B, Sinclair SJ, Kosinski M. & Ware Jr JE. 2004. Psychometric evaluation of the SF-36 Health Survey in medicare managed care. *Health Care Financing Review* 25, 5-25.
- Garner RE, Feeny DH, Thompson A, Bernier J, McFarland BH, Huguet N, Kaplan MS, Orpana H, Ross NA. & Blanchard C. 2012. Bodyweight, gender, and quality of life: a population-based longitudinal study. *Quality of Life Research* 21, 813-825.
- Gaynes BN, Burns BJ, Tweed DL. & Erickson P. 2002. Depression and health-related quality of life. *Journal of Nervous and Mental Disease* 190, 799-806.
- Gerhards SA, Evers SM, Sabel PW. & Huibers MJ. 2011. Discrepancy in rating health-related quality of life of depression between patient and general population. *Quality of Life Research* 20, 273-279.
- Ghubach R, El-Rufai O, Zoubeidi T, Sabri S, Yousif S. & Moselhy HF. 2010. Subjective life satisfaction and mental disorders among older adults in UAE in general population. *International Journal of Geriatric Psychiatry* 25, 458-65.
- Gill TM. & Feinstein AR. 1994. A critical appraisal of the quality of quality-of-life measurements. *JAMA* 272, 619-626.

Goldney RD. & Fisher LJ. 2004. Double depression in an Australian population. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 39, 921-926.

Goldney RD, Fisher LJ, Wilson DH. & Cheek F. 2000. Major depression and its associated morbidity and quality of life in a random, representative Australian community sample. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry* 34, 1022-1029.

Goldney RD, Fisher LJ, Wilson DH. & Cheek F. 2001. Suicidal ideation and health-related quality of life in the community. *The Medical Journal of Australia* 175, 546-549.

Gorecki C, Lamping DL, Brown JM, Madill A, Firth J. & Nixon J. 2010. Development of a conceptual framework of health-related quality of life in pressure ulcers: a patient-focused approach. *International Journal of Nursing Studies* 47, 1525-1534.

Gottberg K, Einarsson U, Ytterberg C, de Pedro Cuesta J, Fredrikson S, von Koch L. & Widén Holmqvist L. 2006. Health-related quality of life in a population-based sample of people with multiple sclerosis in Stockholm County. *Multiple Sclerosis* 12, 605-612.

Grant BF, Hasin DS, Stinson FS, Dawson DA, Chou SP, Ruan WJ. & Pickering RP. 2004. Prevalence, correlates, and disability of personality disorders in the United States: Results from the National Epidemiologic Survey on alcohol and related conditions. *The Journal of Clinical Psychiatry* 65, 948-958.

Grootendorst P, Feeny D. & Furlong W. 2000. Health Utilities Index Mark 3: evidence of construct validity for stroke and arthritis in a population health survey. *Medical Care* 38, 290-299.

Guallar-Castillón P, Sendino ÁR, Banegas JR, López-García E. & Rodríguez-Artalejo F. 2005. Differences in quality of life between women and men in the older population of Spain. *Social Science & Medicine* 60, 1229-1240.

Gustavsson-Lilius M, Julkunen J. & Hietanen P. 2007. Quality of life in cancer patients: the role of optimism, hopelessness, and partner support. *Quality of Life Research* 16, 75-87.

Guyatt GH, Feeny DH. & Patrick DL. 1993. Measuring health-related quality of life. *Annals of International Medicine* 118, 622-629.

Haas B. 1999. Clarification and integration of similar quality of life concepts. *Image: Journal of Nursing Scholarship* 31, 215-220.

Haatainen K. 2004. Hopelessness in a general population of Finnish adults. *Läketieteellinen tiedekunta, terveydenhuolto. Kuopion yliopiston julkaisuja D. Lääketiede* 336. Kuopion yliopisto. Kuopio.

Hagman E. 1996. SF-36-terveyskysely koetun terveyden ja toimintakyvyn mittarina. *Suomen Lääkärilehti* 51, 3534-3539.

- Hahn EA, Cella D, Chassany O, Fairclough DL, Wong GY. & Hays RD. 2007. Precision of health-related quality-of-life data compared with other clinical measures. *Mayo Clinic Proceedings* 82, 1244-1254.
- Hamilton M. 1967. Development of a rating scale for primary depressive illness. *British Journal of Social & Clinical Psychology* 6, 278-296.
- Han TS, Tjihuis MA, Lean ME. & Seidell JC. 1998. Quality of life in relation to overweight and body fat distribution. *American Journal of Public Health* 88, 1814-1820.
- Hays RD, Hahn H. & Marshall G. 2002. Use of the SF-36 and other health-related quality of life measures to assess persons with disabilities. *Archives Physical Medicine and Rehabilitation* 83, S4-9.
- Hays RD & Morales LS. 2001. The RAND-36 measure of health-related quality of life. *Annals of Medicine* 33, 350-357.
- Hays RD, Sherbourne CD. & Mazel R.M. 1993. The RAND 36-Item Health Survey 1.0. *Health Economics* 2, 217-227.
- Hays RD, Wells KB, Sherbourne CD, Rogers W. & Spritzer K. 1995. Functioning and well-being outcomes of patients with depression compared with chronic general medical illnesses. *Archives of General Psychiatry* 52, 11- 19.
- Headey B, Kelley J. & Wearing A. 1993. Dimensions of mental health: life satisfaction, positive affect, anxiety and depression. *Social Indicators Research* 29, 63-82.
- Heinemann LA, Saad F, Zimmermann T, Novak A, Myon E, Badia X, Potthoff P, T'Sjoen G, Pöllänen P, Goncharow NP, Kim S. & Giroudet C. 2003. The Aging Males' Symptoms (AMS) scale: Update and compilation of international versions. *Health and Quality of Life Outcomes* 1, 1:15.
- Heinemann LAJ, Zimmermann T, Vermeulen A. & Thiel C. A. 1999. New 'Aging Male's Symptoms' (AMS) Rating Scale. *The Aging Male* 2, 105-114.
- Heiskanen S. 2009. MS-tautiin vastasairastuneiden terveyteen liittyvä elämänlaatu. *Kuopion yliopiston julkaisuja E. Yhteiskuntatieteet* 175. Kuopion yliopisto. Kuopio.
- Herrman H. 2001. The need for mental health promotion. *The Australian and New Zealand Journal of Psychiatry* 35, 709-715.
- Hinshaw AS. 2000. Nursing knowledge for the 21st Century: opportunities and challenges. *Journal of Nursing Scholarship* 32, 117-123.

Honkalampi K, Hintikka J, Tanskanen A, Lehtonen J. & Viinamäki H. 2000. Depression is strongly associated with alexithymia in the general population. *Journal of Psychosomatic Research* 48, 99-104.

Honkalampi K. 2001. Studies on the relationship between alexithymia and depression. Kuopion yliopiston julkaisuja D. Lääketiede 245. Kuopion yliopisto ja Kuopion yliopistollinen sairaala. Kuopio.

Horner-Johnson W, Krahn G, Andresen E. & Hall T. Corporate Authors: RRTC Expert Panel on Health Status Measurement. 2009. Developing summary scores of health-related quality of life for a population-based survey. *Public Health Reports* 124, 103-110.

Hu J. & Meek P. 2005. Health-related quality of life in individuals with chronic obstructive pulmonary disease. *Heart & Lung* 34, 415-422.

Hunt SM, McKenna SP, McEven J, Williams J. & Papp E. 1981. The Nottingham Health Profile: Subjective health status and medical consultations. *Social Science & Medicine* 15, 221-229.

ICD-10. 1997. Psykiatrian luokituskäsikirja. Psykiatriaan liittyvät diagnoosit. Stakes. Ohjeita ja luokituksia 1997:4. Helsinki.

ICN. International Council of Nurses. 2005. Nursing Matters, Nursing research: a tool for action. Verkko-osoite 2.9.2013: http://www.ordemenfermeiros.pt/relacoesinternacionais/gri_documentacao/ICN_FolhasInformativas_vsINGePT/FI_versao_ING/Nursing_Research/6d_FS-Nursing_Research.pdf

ICN. International Council of Nurses. 2007. Nursing research. ICN Position. Verkko-osoite 16.3.2013: <http://www.icn.ch/publications/position-statements/>

Imayama I, Plotnikoff RC, Courneya KS. & Johnson JA. 2011. Determinants of quality of life in type 2 diabetes population: the inclusion of personality. *Quality of Life Research* 20, 551-558.

Isacson D, Bingefors K. & von Knorring L. 2005. The impact of depression is unevenly distributed in the population. *European Psychiatry* 20, 205-212.

Jackson H J. & Burgess PM. 2000. Personality disorders in the community: a report from the Australian National Survey of Mental Health and Wellbeing. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 35, 531-538.

Jackson HJ. & Burgess PM. 2002. Personality disorders in the community: results from the Australian National Survey of Mental Health and Wellbeing Part II. Relationships between personality disorder, Axis I mental disorders and physical conditions with disability and health consultations. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 37, 251-260.

Jackson HJ. & Burgess P M. 2004. Personality disorders in the community: results from the Australian National Survey of Mental Health and Well-being Part III. Relationships between specific type of personality disorder, Axis 1 mental disorders and physical conditions with disability and health consultations. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 39, 765-776.

Jenkinson C, Stewart-Brown S, Petersen S. & Paice C. 1999. Assessment of the SF-36 version 2 in the United Kingdom. *Journal of Epidemiology and Community Health* 53, 46-50.

Jia H. & Lubetkin EI. 2005. The impact of obesity on health-related quality-of-life in the general adult US population. *Journal of Public Health* 27, 156-164.

Joukamaa M, Miettunen J, Kokkonen P, Koskinen M, Julkunen J, Kauhanen J, Jokelainen J, Veijola J, Läksy K. & Järvelin M-J. 2001. Psychometric properties of the Finnish 20-item Toronto Alexithymia Scale. *Nordic Journal of Psychiatry* 55, 123-127.

Jyrkämä J.1995. "Rauhaisesti alas illan lepoon?" Tutkimus vanhenemisen sosiaalisuudesta neljässä paikallisyhteisössä. *Acta Universitatis Tamperensis ser A vol. 449. Tampereen yliopisto. Tampere.*

Kaarlola A. 2007. Mitä hyötyä tehohoidosta? Tehohoitoa sisältäneiden hoitajaksojen vaikuttavuuden arviointi. Helsingin yliopisto. Yleislääketieteen ja perusterveydenhuollon osasto. Helsingin Yliopistopaino. Helsinki.

Kamphuis M, Zwinderman KH, Vogels T, Vliegen HW, Kamphuis RP, Ottenkamp J, Verloove-Vanhorick SP. & Bruil J. 2004. A cardiac-specific health-related quality of life module for young adults with congenital heart disease: development and validation. *Quality of Life Research* 13, 735-745.

Katschnig H. 2006. How useful is the concept of quality of life in psychiatry? Teoksessa Katschnig H, Freeman H, Sartorius N. (toim.) *Quality of Life in Mental Disorders*. John Wiley & Sons Ltd England. England, 3-17.

Kattainen E. 2004. Pitkittäistutkimus sepelvaltimoiden ohitusleikkaus- ja pallolaajennuspotilaiden terveyteen liittyvästä elämänlaadusta. Kuopion yliopiston julkaisuja E. Yhteiskuntatieteet 114. Kuopion yliopisto. Kuopio.

Kattainen E. & Meriläinen P. 2004. NHP, RAND-36 ja 15D mittareiden psykometrinen ominaisuuksien vertailu -mittarin valinnan perustelut sepelvaltimoiden ohitusleikkaus- ja pallolaajennuspotilaiden potilaiden elämänlaadututkimukseen. *Hoitotiede* 16, 202-213.

Kessler RC. 2003. Epidemiology of women and depression. *Journal of Affective Disorders* 74, 5-13.

Kinnunen M-L, Kyngäs H. & Nikkonen M. 1999. Psoriasista sairastavan elämänlaatu. *Hoitotiede* 11, 128-137.

Ko Y. & Coons SJ. 2006. Self-reported chronic conditions and EQ-5D index scores in the US adult population. *Current Medical Research & Opinion* 22, 2065-2071.

- Koivukangas P, Ohinmaa A. & Koivukangas J. 1995. Nottingham Health Profilen (NHP) suomalainen versio (in Finnish, English summary). National Research and Development Center for Welfare and Health, Research Reports 187. Helsinki. Gummerus. Saarijärvi.
- Koivumaa-Honkanen H. 1998. Life satisfaction as a health predictor. *Kuopio University Publications D. Medical Sciences* 143. Kuopion yliopisto. Kuopio.
- Koivumaa-Honkanen H, Honkanen R, Antikainen, R, Hintikka J, Laukkanen E, Honkalampi K. & Viinamäki, H. 2001. Self-reported life satisfaction and recovery from depression in a 1-year prospective study. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 103, 38-44.
- Koivumaa-Honkanen H, Kaprio J, Honkanen R, Viinamäki H. & Koskenvuo M. 2004a. Life satisfaction and depression in a 15-year follow-up of healthy adults. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 39, 994-999.
- Koivumaa-Honkanen H, Koskenvuo M, Honkanen R, Viinamäki H, Heikkilä K. & Kaprio J. 2004b. Life dissatisfaction and subsequent work disability pension in an 11-year follow-up. *Psychological Medicine* 34, 221-228.
- Koivunen K. 2008. Alaraajojen valtimonkovetustautia sairastavien terveyteen liittyvä elämänlaatu sekä hoitomenetelmien kustannukset. *Acta Universitatis Ouluensis. Series D. Medica* 979. Oulun yliopisto. Oulu.
- Kruijshaar ME, Hoeymans N, Bijl RV, Spijker J. & Essink-Bot ML. 2003. Levels of disability in major depression: Findings from Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study (NEMESIS). *The Journal of Affective Disorders* 77, 53-64.
- Kuehner C. & Bueger C. 2005. Determinants of subjective quality of life in depressed patients: The role of self-esteem, response styles and social support. *Journal of Affective Disorders* 86 (2-3), 205-213.
- Kuivalainen L. 2004. Eturauhassyöpää sairastavien miesten terveyteen liittyvä elämänlaatu vuoden seuranta-aikana. *Kuopion yliopiston julkaisuja E. Yhteiskuntatieteet* 115. Kuopion yliopisto. Kuopio.
- Kylmä J, Nikkonen M, Kinnunen P. & Korhonen T. 2009. Mielenterveyden edistämisen ajankohtaisuus ja monet mahdollisuudet. Teoksessa: Kylmä J, Nikkonen M, Kinnunen P. & Korhonen T. (toim.) Näetkö mielenterveyden edistämisen mahdollisuudet? Suomen Graafiset palvelut Oy. Kuopio, 9-13.
- Kylmä J, Vehviläinen-Julkunen K. & Lähdevirta J. 1999. Ethical considerations in a grounded theory study on the dynamics of hope in HIV-positive adults and their significant others. *Nursing Ethics* 3, 224-239.
- Kyngäs H. & Vanhanen L. 1999. Sisällön analyysi. *Hoitotiede* 11, 3-12.

- Lahtela K. 1990. Psykykinen toimintakyky ja sen muutokset vanhuudessa I: käsitteellisiä näkökulmia. *Gerontologia* 4, 269-280.
- Laki lääketieteellisestä tutkimuksesta. 1999. Finlex 9.4.1999/488. Verkko-osoite 24.7.2013: <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1999/19990488>
- Lammintakanen J. 2005. Health Care Priorisation – Evolution of the Concept, Research and Policy Process (Terveysthuollon priorisointi käsitteenä, tutkimuskohteena ja politiikkaprosessina). Kuopion yliopiston julkaisuja. E, Yhteiskuntatieteet, no 116. Kuopion yliopisto. Kuopio.
- Lammintakanen J, Kinnunen J. & Kylmä J. 2006. Terveysthuollon priorisointi politiikkaprosessina ja käsitteenä. *Sosiaalilääketieteellinen Aikakauslehti* 43, 124-133.
- Larsson J, Sandelin K. & Forsberg C. 2010. Health-related quality of life and healthcare experiences in breast cancer patients in a study of Swedish women. *Cancer Nursing* 33, 164-170.
- Lauri S. & Elomaa L. 1997. Hoitotieteen perusteet. WSOY. Juva.
- Lauri S. & Kyngäs H. 2005. Hoitotieteen teorian kehittäminen. WSOY. Porvoo.
- Lavikainen J, Lahtinen E. & Lehtinen, V. (toim.) 2004. Mielenterveystyö Euroopassa. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2004:17. Edita. Helsinki.
- Lepola E, Muhli A. & Kanninen A. 2003. SPSS 11.5 for Windows - Perusteet. Oulun Yliopisto. ATK-keskus. Oulu.
- Lindström B. & Eriksson M. 2010. Salutogeeninen lähestymistapa terveyteen - teoria terveyden resursseista. Teoksessa: Pietilä A-M. (toim.) Terveyden edistäminen, teorioista toimintaan. WSOY. Porvoo, 32–52.
- Linzer M, Spitzer R, Kroenke K, Williams JB, Hahn S, Brody D. & deGruy F. 1996. Gender, quality of life, and mental disorders in primary care: results from the PRIME-MD 1000 study. *The American Journal of Medicine* 101, 526-533.
- Loza E, Jover JA, Rodriguez L. & Carmona L. 2009. Multimorbidity: prevalence, effect on quality of life and daily functioning, and variation of this effect when one condition is a rheumatic disease. *Seminars in Arthritis & Rheumatism* 38, 312-319.
- Lubetkin EI, Jia H, Franks P. & Gold MR. 2005. Relationship among sociodemographic factors, clinical conditions, and health-related quality of life: Examining the EQ-5D in the U.S. general population. *Quality of Life Research* 14, 2187-2196.
- Lukkarinen H. 1999. Sepelvaltimotautia sairastavien elämänlaatu ja elämäntilanne: pitkäaikainen tutkimus lääkkeitä, pallolaajennuksella tai ohitusleikkauksella hoidettujen kokemuksista. *Acta Universitatis Ouluensis. Series D. Medica* 562. Oulun yliopisto. Oulu.

- Lund BC, Bever-Stille KA. & Perry PJ. 1999. Testosterone and andropause: the feasibility of testosterone replacement therapy in elderly men. *Pharmacotherapy* 19, 951-956.
- Mandzuk LL. & McMillan DE. 2005. A concept analysis of quality of life. *Journal of Orthopaedic Nursing* 9, 12-18.
- Marden SF. 2005. Technology dependence and health-related quality of life: a model. *Journal of Advanced Nursing* 50, 187-195.
- Masto-hanke. 2011. Masto-hankkeen (2008–2011) loppuraportti. Masennusperäisen työkyvyttömyyden vähentämiseen tähtäävän hankkeen toiminta ja ehdotukset. Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskuksen selvityksiä 2011:15. Yliopistopaino. Helsinki. Verkko-osoite 21.8.2013: http://www.stm.fi/julkaisut/nayta/-/_julkaisu/1557700
- Matikainen E, Aro T, Huunan-Seppälä A, Kivekäs J, Kujala S. & Tola S. 2004. Toimintakyky. Arviointi ja kliininen käyttö. Kustannus Oy Duodecim. Helsinki.
- Mattila AK, Saarni SI, Salminen JK, Huhtala H, Sintonen H. & Joukamaa M. 2009. Alexithymia and health-related quality of life in a general population. *Psychosomatics* 50, 59-68.
- McGrath JA, O'Malley M. & Hendrix TJ. 2011. Group exercise mode and health-related quality of life among healthy adults. *Journal of Advanced Nursing* 67, 491-500.
- McHorney CA. & Taylor AR. 1995. Individual patient monitoring in clinical practice: are available health status surveys adequate? *Quality of Life Research* 4, 293-307.
- Meeberg GA. 1993. Quality of life: a concept analysis. *Journal of Advanced Nursing* 18, 32-38.
- Meriläinen M. 2012. Tehohoitopotilaan hoitoympäristö. Psykkinen elämänlaatu ja toipuminen. *Acta Universitatis Ouluensis. D Medica* 1153. Oulun yliopisto. Oulu. Juvenes Print. Tampere.
- Michalak EE, Tam EM, Manjunath CV, Solomons K, Levitt AJ, Levitan R, Enns M, Morehouse R, Yatham LN. & Lam RW. 2004. Generic and health-related quality of life in patients with seasonal and nonseasonal depression. *Psychiatry Research* 128, 245-251.
- Mikkelsen EM, Sunde L, Johansen C. & Johnsen SP. 2009. Psychosocial consequences of genetic counseling: a population-based follow-up study. *Breast Journal* 15, 61-68.
- Miller A. & Dishon S. 2006. Health-related quality of life in multiple sclerosis: The impact of disability, gender and employment status. *Quality of Life Research* 15, 259-271.
- Mittelmark MB. 2005. Why "mental" health promotion? *Promotion & Education Supplement* 2, 55-57.
- Moons P. 2004. Why call it health-related quality of life when you mean perceived health status? *European Journal of Cardiovascular Nursing* 3, 275-277.

- Mrus JM, Williams PL, Tsevat J, Cohn SE. & Wu AW. 2005. Gender differences in health-related quality of life in patients with HIV/AIDS. *Quality of Life Research* 14, 479-491.
- Mystakidou K, Tsilika E, Parpa E, Pathiaki M, Galanos A. & Vlahos L. 2008. The relationship between quality of life and levels of hopelessness and depression in palliative care. *Depression and Anxiety* 25, 730-736.
- Mäntynen R. 2007. Kuntoutumista edistävä hoitotyö aivohalvauspotilaiden alkuvaiheen jälkeisessä moniammatillisessa kuntoutuksessa. Kuopion yliopiston julkaisuja E. Yhteiskuntatieteet 144. Kuopion yliopisto. Kuopio.
- Nojonen K. 1990. Psykiatrisen pitkäaikaispotilaan kuntoutuminen. *Acta Universitatis Tamperensis ser A vol 283*. Tampereen yliopisto. Tampere.
- Nunnally JC. & Bernstein IH. 1994. *Psychometric theory* (3rd ed.). McGraw-Hill, Inc. New York.
- O'Dea I, Hunter MS. & Anjos S. 1999. Life satisfaction and health-related quality of life (SF-36) of middle-aged men and women. *Climacteric* 2, 131-140.
- Otero-Rodríguez A, León-Muñoz LM, Balboa-Castillo T, Banegas JR, Rodríguez-Artalejo F. & Guallar-Castillón P. 2010. Change in health-related quality of life as a predictor of mortality in the older adults. *Quality of Life Research* 19, 15-23.
- Palfreyman SJ, Tod AM, Brazier JE. & Michaels JA. 2010. A systematic review of health-related quality of life instruments used for people with venous ulcers: an assessment of their suitability and psychometric properties. *Journal of Clinical Nursing* 19 (19/20), 2673-2703.
- Papakostas GI, Petersen T, Mahal Y, Mischoulon MD, Nierenberg AA. & Fava M. 2004. Quality of life assessments in major depressive disorder: a review of the literature. *General Hospital Psychiatry* 26, 13-17.
- Partanen A, Moring J, Nordling E. & Bergman V. (toim.) 2010. Kansallinen mielenterveys- ja päihdesuunnitelma 2009–2015. Suunnitelmasta toimeenpanoon vuonna 2009. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos (THL). Avauksia 16/2010. Yliopistopaino. Helsinki.
- Patel MD, McKeivitt C, Lawrence E, Rudd AG. & Wolfe CD. 2007. Clinical determinants of long-term quality of life after stroke. *Age & Ageing* 36, 316-322.
- Picavet BHS. & Hoeymans N. 2004. Health related quality of life in multiple musculoskeletal diseases: SF-36 and EQ-5D in the DMC3 study. *Annals of the Rheumatic Diseases* 63(6), 723-729.
- Pietilä A-M. (toim.) 2010. Terveiden edistäminen -teorioista toimintaan. WSOYpro. Helsinki.
- Pirkola SP, Isometsä E, Suvisaari J, Aro H, Joukamaa M, Poikolainen K, Koskinen S, Aromaa A. & Lönnqvist J. 2005. DSM-IV mood-, anxiety- and alcohol use disorders and their comorbidity in the Finnish general population. Results from the Health 2000 Study. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 40, 1-10.

Pisinger C, Toft U, Aadahl M, Glümer C. & Jørgensen T. 2009. The relationship between life-style and self-reported health in a general population: the Inter99 study. *Preventive Medicine* 49, 418-423.

Polit DF. & Hungler BP. 2005. *Nursing Research. Principles and Methods*. 5th Edition. J.B. Lippincott Company. Philadelphia.

Power AK. 2010. Transforming the Nation's Health: next steps in mental health promotion. *American Journal of Public Health* 100, 2343-2346.

Prause W, Saletu B, Tribl GG, Rieder A, Rosenberger A, Bolitschek J, Holzinger B, Kapfhammer G, Katschnig H, Kunze M, Popovic, Graetzhofer E. & Zeitlhofer J. 2005. Effects of socio-demographic variables on health-related quality of life determined by the quality of life index--German version. *Human Psychopharmacology: Clinical and Experimental* 20, 359-365.

Raitasalo R. 1977. Depressio ja sen yhteys psykoterapian tarpeeseen. Suomen Kansaneläkelaitoksen julkaisu A:13. Helsinki.

Rantanen A. 2009. Ohitusleikkauspotilaiden ja heidän läheistensä terveyteen liittyvä elämänlaatu ja sosiaalinen tuki. *Acta Universitatis Tamperensis* 1447. Tampereen yliopisto. Tampere University Press. Tampere.

Reddy P, White CM, Dunn AB, Moyna NM. & Thompson PD. 2000. The effect of testosterone on health-related quality of life in elderly males -a pilot study. *Journal of Clinical Pharmacy and Therapeutics* 25, 421-426.

Redondo-Sendino Á, Guallar-Castillón P, Banegas JR. & Rodríguez-Artalejo F. 2006. Gender differences in the utilization of health-care services among the older adult population of Spain. *BMC Public Health* 6:155.

Rissanen L. 1999. Vanhenevien ihmisten kotona selviytyminen. Yli 65-vuotiaiden terveys, toimintakyky ja sosiaali- ja terveysten palvelujen koettu tarve. *Acta Universitatis Ouluensis. Medica*. D560. Oulun yliopisto. Oulu.

Rodgers BL. 1989. Concepts, analysis and the development of nursing knowledge: the evolutionary cycle. *Journal of Advanced Nursing* 14, 330-335.

Rodgers BL. 1993a. Philosophical foundations of concept development. Teoksessa Rodgers BL. & Knafl KA. (toim.) 1993. *Concept Development in Nursing. Foundations, techniques and applications*. W.B.Saunders company. USA, 7-33.

Rodgers BL. 1993b. Concept analysis: an evolutionary view. Teoksessa Rodgers BL. & Knafl KA. (toim.) 1993. *Concept Development in Nursing. Foundations, techniques and applications*. W.B.Saunders company. USA, 73-92.

Roebuck A, Furze G. & Thompson DR. 2001. Health-related quality of life after myocardial infarction: an interview study. *Journal of Advanced Nursing* 34, 787-794.

Saarijärvi S, Salminen JK, Toikka T. & Raitasalo R. 2002. Health-related quality of life among patients with major depression. *Nordic Journal of Psychiatry* 56, 261-264.

Saarni S. 2008. Health-related quality of life and mental disorders in Finland. KTL:n julkaisuja A 9/2008. Yliopistopaino. Helsinki.

Saarni S, Härkänen T, Sintonen H, Suvisaari J, Koskinen S, Aromaa A ym. 2006. The impact of 29 chronic conditions on health-related quality of life: a general population survey in Finland using 15D and EQ-5D. *Quality of Life Research* 15, 1403-1414.

Saarni SI, Joutsenniemi K, Koskinen S, Suvisaari J, Pirkola S, Sintonen H, Poikolainen K. & Lönnqvist J. 2008. Alcohol consumption, abstaining, health Utility, and quality of life - a general population survey in Finland. *Alcohol and Alcoholism* 43, 376-386.

Savola E. & Koskinen-Ollonqvist P. 2005. Terveysten edistäminen esimerkein. Käsitteitä ja selityksiä. Terveysten edistämisen keskus ry. Edita Prima Oy. Helsinki.

Schmitz N, Kruse J. & Kugler J. 2004. The association between physical exercises and health-related quality of life in subjects with mental disorders: results from a cross-sectional survey. *Preventive Medicine* 39, 1200-1207.

Sintonen H. 1995. The 15D-measure of health-related quality of life: II feasibility, reliability and validity of its valuation system. Working paper 42. Melbourne: National Centre for Health Program Evaluation. Verkko-osoite 16.3.13:
<http://www.buseco.monash.edu.au/centres/che/pubs/wp42.pdf>

Sintonen H. 2001. The 15D instrument of health-related quality of life. Properties and applications. *Annals of Medicine* 33(5), 328-336.

Sintonen H. 2007. Taloudellinen arviointi. Teoksessa: Mäkelä M, Kaila M, Lampe K, Teikari M. (toim.) Menetelmien arviointi terveydenhuollossa. Kustannus Oy Duodecim. Helsinki, 90-115.

Sirgy MJ. 2002. *Psychology of Quality of Life*. Kluwer Academic Publishers, AA Dordrecht. The Netherlands.

Smith KW, Avis NE. & Assmann SF. 1999. Distinguishing between quality of life and health status in quality of life research: A meta-analysis. *Quality of Life Research* 8, 447-459.

Søltoft F, Hammer M. & Kragh N. 2009. The association of body mass index and health-related quality of life in the general population: data from the 2003 Health Survey of England. *Quality of Life Research* 18, 1293-1299.

Sousa K. 1999. Description of a health-related quality of life conceptual model. *Outcomes Management for Nursing Practice* 3, 78-82.

Sousa K, Holzemer W, Henry SB. & Slaughter R. 1999. Dimensions of health-related quality of life in persons living with HIV disease. *Journal of Advanced Nursing* 29, 178-187.

Sousa K & Williamson A. 2003. Symptom status and health-related quality of life: clinical relevance. *Journal of Advanced Nursing* 42, 571-577.

Spitzer W. 1987. State of science 1986: Quality of life and functional status as target variables for research. *Journal of Chronic Disease* 40, 465-471.

Spitzer RL, Kroenke K, Linzer M, Hahn SR, Williams JBW, Verloin deGruy III F, Brody D. & Davies M. 1995. Health-related quality of life in primary care patients with mental disorders. Results from the PRIME-MD 1000 Study. *JAMA* 274, 1511-1517.

Sprangers MA, de Regt EB, Andries F, van Agt HM, Bijl RV, de Boer JB, Foets M, Hoeymans N, Jacobs AE, Kempen GI, Miedema BHS, Tijhuis MA & de Haes HC. 2000. Which chronic conditions are associated with better or poorer quality of life? *Journal of Clinical Epidemiology*, 53, 895-907.

Sprangers MA. 2002. Quality-of-life assessment in oncology. Achievements and challenges. *Acta Oncologica* 41, 229-237.

STM. 2001. Valtioneuvoston periaatepäätös Terveys 2015 -kansanterveysohjelmasta. Sosiaali- ja terveysministeriö. Julkaisuja 2001:4. Edita. Helsinki.

STM. 2003. Terveyttä ja hyvinvointia näyttöön perustuvalla hoitotyöllä. Kansallinen tavoite ja toimintaohjelma 2004–2007. Sosiaali- ja terveysministeriö. Julkaisuja 2003:18. Edita. Helsinki.

STM. 2006a. Sosiaali- ja terveyspolitiikan strategiat 2015 – kohti sosiaalisesti kestäväää ja taloudellisesti elinvoimaista yhteiskuntaa. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2006:14. Verkko-osoite 14.3.13: http://www.stm.fi/julkaisut/julkaisuja-sarja/nayta/-/_julkaisu/1067373#fi

STM. 2006b. Terveiden edistämisen laatusuositus. Julkaisuja 2006:19. Edita. Helsinki.

STM. 2008. Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallinen kehittämisohjelma. KASTE-ohjelma 2008–2011. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2008:6. Yliopistopaino. Helsinki.

STM. 2012a. Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallinen kehittämisohjelma (Kaste) 2012–2015. Toimeenpanosuunnitelma. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2012:20. Edita. Helsinki.

STM. 2012b. Mielenterveys- ja päihdesuunnitelma. Ehdotukset mielenterveys- ja päihdetyön kehittämiseksi vuoteen 2015. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2012:24. Edita. Helsinki.

Stotland E. (1969). *The psychology of hope*. USA: Jossey-Bass Inc. San Francisco.

Strine TW, Chapman DP, Balluz LS, Moriarty DG. & Mokdad AH. 2008. The associations between life satisfaction and health-related quality of life, chronic illness, and health behaviours among U.S. community-dwelling adults. *Journal of Community Health* 33, 40-50.

Strine TW, Chapman DP, Kobau R, Balluz L. & Mokdad AH. 2004. Depression, anxiety, and physical impairments and quality of life in the U.S. noninstitutionalized population. *Psychiatric Services* 55, 1408-1413.

STT. 2005. Sigma Theta Tau International. Global health and nursing research priorities. Verkko-osoite 16.3.2013:

http://www.nursingsociety.org/aboutus/PositionPapers/Pages/position_resource_papers.aspx

Sullivan PW, Lawrence WF. & Ghushchyan V. 2005. A national catalog of preference-based scores for chronic conditions in the United States. *Medical Care* 43, 736-749.

Suutama T, Salminen K. & Ruoppila I. 1988. Iäkkäiden elinolosuhteet sekä psyykkinen ja sosiaalinen toimintakykyisyys. Ikivihreät projekti osa II. Fyysinen ja sosiaalinen toimintakyky. Kansaneläkelaitoksen julkaisuja M:63. Helsinki.

Tarkkonen L. 1993. Mittaamisen teoriasta ja käytännöstä. *Duodecim* 109, 1520-1525.

Tate DG. & Forchheimer M. 2002 Quality of life, life satisfaction, and spirituality: comparing outcomes between rehabilitation and cancer patients. *American Journal of Physical Medicine & Rehabilitation* 81, 400-410.

Taylor C, Lillis C. & LeMone P. 2005. Fundamentals of nursing. The art and science of nursing care. USA. Lippincott Williams & Wilkins. Philadelphia.

ten Doeschate M., Koeter MW, Bockting CL. & Schene AH; DELTA Study Group. 2010. Health related quality of life in recurrent depression: a comparison with a general population sample. *Journal of Affective Disorders* 120(1-3), 126-132.

Terriff DL, Williams JVA, Patten SB, Lavorato DH. & Bulloch AGM. 2012. Patterns of disability, care needs, and quality of life of people with Parkinson's disease in a general population sample. *Parkinsonism & Related Disorders* 18, 828-832.

Terveys 2000. Terveys ja toimintakyky Suomessa. Terveys 2000 -tutkimuksen perustulokset. Kansanterveyslaitoksen julkaisuja B3/2002. Verkko-osoite 31.1.2011: <http://www.Terveys2000.fi/julkaisut.html>

THL. 2010. Naiset juovat aiempaa aktiivisemmin ja kärsivät miehiä enemmän muiden juomista Verkko-osoite 23.6.2010: http://www.thl.fi/fi_FI/web/fi/tiedote?id=22696

Toljamo M, Hentinen M, Jämsä T, Heikkinen T, Hiltunen A. & Järvimäki L. 1998. Parkinsonin tautia sairastavien elämänlaatu ja selviytyminen. Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiiriin julkaisuja 16. Oulun yliopistopaino. Oulu.

Toijamo M, Hentinen M, Jämsä T, Heikkinen T, Hiltunen A. & Järvimäki L. 2003. Parkinsonin tautia sairastavien elämänlaatu. *Hoitotiede* 15, 251-263.

Uutela A. & ja Aro AR. 1993. Koettu ja havaittu elämänlaatu -toisiaan täydentävät näkökulmat. *Duodecim* 109, 1507-1511.

Vahtera J. 1993. Työn hallinta, sosiaalinen tuki ja terveys. *Työ ja ihminen* 7, lisännumero 1. Työterveyslaitos. Helsinki.

Vaillant GE. 2003. Mental Health. *American Journal of Psychiatry* 160, 1373-1384.

Vehviläinen-Julkunen K. & Paunonen M. 1997. Kvantitatiivisen tutkimuksen luotettavuus. Teoksessa: Paunonen M. & Vehviläinen-Julkunen K (toim.) 1997. *Hoitotieteen tutkimusmetodiikka*. WSOY. Juva, 206-214.

Viinamäki H, Heiskanen T, Lehto SM, Niskanen L, Koivumaa-Honkanen H, Tolmunen T, Honkalampi K, Saharinen T, Haatainen K. & Hintikka J. 2009. Association of depressive symptoms and metabolic syndrome in men. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 120, 23-29.

Viinamäki H, Honkalampi K, Koivumaa-Honkanen H, Haatainen K, Niskanen L, Tiihonen J, Kuikka J. & Hintikka J. 2004. Masentuneisuus ja muu mielenterveysoireilu yleisväestössä – uusia riskitekijöitä on löydyssä. Tutkimussuunnitelma. KYS / KuY psykiatrian klinikka.

Vogl M, Wenig CM, Leidl R. & Pokhrel S. 2012. Smoking and health-related quality of life in English general population: implications for economic evaluations. *BMC Public Health* 12:203.

Vuillemin A, Boini S, Bertrais S, Tessier S, Oppert JM, Hercberg S, Guillemin F. & Briançon S. 2005. Leisure time physical activity and health-related quality of life. *Preventive Medicine* 41, 562- 569.

Wann-Hansson C, Hallberg IR, Risberg B, Lundell A. & Klevsgard R. 2005. Health-related quality of life after revascularization for peripheral arterial occlusive disease: long-term follow up. *Journal of Advanced Nursing* 51, 227-235.

Ware JE Jr. & Sherbourne CD. 1992. The MOS 36-Item Short-Form Health Survey (SF-36). I. Conceptual framework and item selection. *Medical Care* 30, 473-482.

Ware JE Jr, Snow KK, Kosinski M. & Gandek B. 1993, 2000. SF-36 Health Survey. Manual and Interpretation Guide. MA: Health Assessment Lab. Boston.

Ware JE Jr, Kosinski M. & Keller SD. 1994. SF-36 Physical and mental health summary Scales: A user's manual. MA: Health Assessment Lab. Boston.

Ware JE Jr, Kosinski M, Bayliss MS, McHorney CA, Rogers WH. & Raczek A. 1995. Comparison of methods for the scoring and statistical analysis of SF-36 Health Profile and summary measures: Summary of results from the Medical Outcomes Study. *Medical Care* 33 (Suppl 4), AS264-AS279.

Ware JE Jr, Kosinski M, Gandek B, Aaronson NK, Apolone G, Bech P, Brazier J, Bullinger M, Kaasa S, Leplège A, Prieto L. & Sullivan M. 1998. The factor structure of the SF-36 Health Survey in 10 countries: results from the IQOLA Project. *International Quality of Life Assessment. Journal of Clinical Epidemiology* 51, 1159-1165.

Ware JE Jr. 2003. Conceptualization and measurement of health-related quality of life: comments on an evolving field. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation* 84 (Suppl 2), S43-S51.

Wells KB, Stewart A, Hays RD, Burnam MA, Rogers W, Daniels M, Berry S, Greenfield S. & Ware J. 1989. The functioning and well-being of depressed patients. Results from the Medical Outcomes Study. *JAMA* 262, 914-919.

Wells KB. & Sherbourne CD. 1999. Functioning and utility for current health of patients with depression or chronic medical conditions in managed, primary care practices. *Archives of General Psychiatry* 56, 897-904.

WHO. 2003. WHO definition of Health (1948). Verkko-osoite 22.3.2013: <http://www.who.int/about/definition/en/print.html>

WHO. 2007. What is Mental Health? Verkko-osoite 22.3.2013: <http://www.who.int/features/qa/62/en/index.html>

WHO. 2010. Mental health: strengthening our response. Verkko-osoite 22.3.2013: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs220/en/>.

WHOQOL GROUP. 1995. The World Health Organization Quality of Life assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. *Social Science and Medicine* 41, 1403-1409.

Wilhelmsson S. & Lindberg M. 2007. Prevention and health promotion and evidence-based fields of nursing –a literature review. *International Journal of Nursing Practice* 13, 254-265.

Wilson IB. & Cleary PD. 1995. Linking clinical variables with health-related quality of life. A conceptual model of patient outcomes. *Journal of the American Medical Association (JAMA)* 273, 59-65.

Woodhouse A. 2010. Is there a future in mental health promotion and consultation for nurses? *Contemporary Nurse. A Journal for the Australian Nursing Profession* 34, 177-189.

Ye L, Liang Z. & Weaver TE. 2008. Predictors of health-related quality of life in patients with obstructive sleep apnea. *Journal of Advanced Nursing* 63, 54-63.

Yura H. & Walsh M. 1992. Inhimilliset tarpeet ja hoitotyö II. WSOY-SHKS. Juva.

Zahran BHS, Kobau R, Moriarty G, Zack MM, Holt J. & Donehoo R. 2005. Health-related quality of life surveillance -United States, 1993-2002. *MMWR Surveill Summ* Oct 28; 54, 1-35.

Zechmeister I, Kilian R, McDaid D. & the MHEEN group. 2008. Is it worth investigating in mental health promotion and prevention of mental illness? A systematic review of the evidence from economic valuations. *BMC Public Health* 8:20.

Zhan L. 1992. Quality of Life: conceptual and measurement issues. *Journal of Advanced Nursing* 17, 795-800.

Tiedonhaku

Olemassa olevan aikaisemman tutkimustiedon Hankkimiseksi tietokantahaut on tehty kolmessa vaiheessa. **Ensimmäinen aineisto on kerätty systemaattisesti eri tietokannoista vuoden 2005 marraskuun ja vuoden 2006 tammikuun välillä.** Käytetyt tietokannat olivat PubMedMEDLINE, Cinahl ja PsycInfo. Hakusanana käytettiin "health-related quality of life". Cinahlista Cumulative-haku tuotti yhteensä 78 lähdettä. Haku kohdennettiin niin, että hakusanan piti löytyä viitteen otsikosta ja rajauksena olivat englanninkieliset hoitotieteelliset (nursing) lähteet. Ovid Full Text -haulla tuli yhteensä 47 lähdettä. Kun PubMedMEDLINE -haku kohdennettiin otsikkoon ja rajattiin englanninkielisiin, hoitotieteellisiin julkaisuihin ja yli 19-vuotiaisiin aikuisiin, saatiin yhteensä 175 lähdettä. Haku PubMedMEDLINE -tietokannasta tuotti yhteensä 172 lähdettä rajattaessa lähteet lääketieteellisiin, englanninkielisiin lähteisiin viimeisen 10 vuoden ajalla ja yli 19-vuotiaisiin aikuisiin. PsycInfo-haku tuotti 288 lähdettä, kun haku rajattiin yli 18-vuotiaisiin aikuisiin ja vertaisarvioituihin lähteisiin vuosina 2000-2005.

Järjestelmällinen haku on päivitetty tammikuussa 2011, jolloin Cinahl tietokannasta löytyi yleiseen elämänlaatuun liittyviä tutkimuksia 43 567 kpl ja terveyteen liittyvään elämänlaatuun liittyviä tutkimuksia 4295 ilman rajoituksia. Tarkennettu haku Cinahl tietokannasta ajalla 1.1.2005–31.12.2010 tuotti yhteensä 45 lähdettä hakusanoilla "health-related quality of life" ja "population-based" rajattuna aikuisiin henkilöihin ja vertaisarvioituihin lähteisiin ja 80 lähdettä hakusanoilla "health-related quality of life" tai HRQL ja "population based" tai "general population" not patient*. Kun Cinahl-hausta haettiin lähteitä vuosille 2005-2010 hakusanoilla "health-related quality of life" ja "population" ja rajattiin lähteet aikuisiin henkilöihin ja englanninkielisiin hoitotieteellisiin, vertaisarvioituihin lähteisiin, saatiin 57 lähdettä. Saman verran lähteitä saatiin Ovid FullText -haulla hakusanalla "health-related quality of life" otsikossa ja rajattuna englanninkielisiin, hoitotieteellisiin lähteisiin.

Tammikuussa 2011 PubMedMEDLINE -haku tuotti 10 055 lähdettä hakusanalla "health-related quality of life" tarkennettuna kaikkiin yli 19-vuotiaisiin ilman aikarajauksia. Kun hakusanaan "health-related quality of life" lisättiin RAND-36 tai SF-36 (yli 19-vuotiaat) ja aika rajattiin viimeiseen 10 vuoteen, saatiin puolestaan 6586 lähdettä.

Hakusanoilla ja rajoituksilla "Health-related quality of life and medicine" (19+, 10 vuotta, englanninkieliset) saatiin 2178 lähdettä (28.1.2011). Hakujen tarkentamiseksi etsittiin tarkempia hakusanoja ja rajoitteita. PubMed-haku sanoilla "health-related quality of life" and "population-based" (yli 19-vuotiaat, aikarajana viimeiset 10 vuotta) tuotti 296 lähdettä. Kun PubMedistä etsittiin lähteitä vuosille 2005–2010 RAND-36 tai SF-36 –sanoilla "population-based" or "general population" not "patient" or "patients", saatiin 147 tutkimusta. PubMed -tietokannasta saatiin ajalle 1.1.2005–31.12.2010 98 tutkimusta hakusanoilla "health-related quality of life" and "population-based" ja poisrajattuna potilastutkimukset (yli 19-vuotiaat).

PubMedMEDLINE tuotti 414 lähdettä hakusanalla "health-related quality of life" rajattuna yli 19-vuotiaisiin henkilöihin ja englanninkielisiin hoitotieteen lehtiin ajalla 1.1.1990–31.12.2010 (28.1.2011). Kun edelliseen hakuun lisättiin "and population" löytyi 96 tutkimusta ja jos "population" sanan paikalla oli "population-based", löytyi 4 tutkimusta.

PsycInfo-tietokantahaku tuotti 2467 lähdettä hakusanalla "health-related quality of life" . Haun rajoitteina olivat 18 vuotta tai vanhemmat henkilöt, sekä englantilaiset vertaisarvioidut lähteet vuosina 2000–2010. PsycInfo-tietokannassa tehtiin tarkennettuja hakuja yhdistämällä eri hakuja toisiinsa. Ensimmäisessä haussa hakusanoilla ja rajoitteilla "health related quality of life" or HRQL mp. (mp=title, abstract, heading word, table of contents, key concepts) saatiin 4055 lähdettä. Toinen haku "health related quality of life" or HRQL. m_titl. tuotti 1696 lähdettä. Kolmannessa haussa PsycINFO-haku ("population-based" or "general population").mp. [mp=title, abstract, heading word, table of contents, key concepts] toi 20719 lähdettä. Kun toinen ja kolmas haku yhdistettiin, saatiin 173 lähdettä (4. haku). Psykososiaalisia tekijöitä etsittäessä haku "Exp Psychosocial Factors" (7.haku/232211 lähdettä) yhdistettynä toiseen hakuun tuotti 61 lähdettä. Psykkisten sairauksien osalta haku "Exp Mental Disorders" (10. haku/354033 lähdettä) yhdistettynä neljänteen hakuun tuotti 27 lähdettä.

Järjestelmällinen tiedonhaku on päivitetty vielä helmikuussa 2013. Tarkennettu haku Cinahl-tietokannasta ajalla 1.1.2011–31.1.2013 (11.2.2013) tuotti 28 vertaisarvioitua lähdettä hakusanoilla "health-related quality of life" or "HRQL" and "population based" or "general population", not patient* ja 72 lähdettä haulla "health-related quality of life" or "HRQL" and "population based" or "general population". PubMed tietokannasta saatiin ajalle 1.1.2011–31.12.2013 (11.2.2013) 180 tutkimusta hakusanoilla "health-related quality of life" or "HRQL" and "population-based" or "general population" not patient* (yli 19-vuotiaat), 37 tutkimusta hakusanoilla "health-related quality of life" rajattuna väestötutkimuksiin (Field: Title) "population-based" (yli 19-vuotiaat, englanninkieliset) ja 18 tutkimusta hakusanoilla "health-related quality of life" or "HRQL" and "population", not patient* rajattuna yli 19-vuotiaisiin henkilöihin ja englanninkielisiin hoitotieteen lehtiin.

PsycInfo-tietokantahaku tuotti 61 lähdettä ajalle 1.1.2011–31.12.2013 (11.2.13) hakusanoilla "health-related quality of life" or "HRQL" and "population based" or "general population". Rajoitteina olivat 18 vuotta tai sitä vanhemmat henkilöt ja englanninkieliset vertaisarvioidut lähteet.

Näistä lähteistä valittiin tämän tutkimuksen tarkoituksen ja tavoitteiden kannalta parhaaksi katsotut lähteet painottuen terveyteen liittyvään elämänlaatuun väestössä ja väestöryhmissä ja terveyteen liittyvään elämänlaatuun yhteydessä oleviin tekijöihin.

Terveyteen liittyvä elämänlaatu -käsitteen tunnistaminen, nimeäminen, käyttäminen sekä aineiston keruu ja analyysi

Terveyteen liittyvän elämänlaadun käsite on määritelty tässä tutkimuksessa soveltaen Rodgersin (1989, 1993a,b) kehittämää evolutiivista käsiteanalyysia. Se ohjaa tarkastelemaan valittua käsitettä ja sen ajallista kehittymistä systemaattisesti aikaisemman kirjallisuuden perusteella.

Terveyteen liittyvän elämänlaadun käsite on muuttunut ajan kuluessa. Se myös sisältää eri yhteyksissä ja eri tieteenaloilla erilaisia alueita. Käsitteen määritelmän tulee ilmaista, mitä ilmiötä tai sen osaa tutkitaan ja mitataan (Gill & Feinstein 1994, Moons 2004). Eri käsitteet voivat tarkoittaa samaa ilmiötä kokonaan tai osittain. Eri tieteenalat, kuten lääketiede, terveyshallinto- ja terveystaloustiede, hoitotiede, sosiologia ja psykologia, käyttävät yhä enemmän terveyteen liittyvän elämänlaadun käsitettä. Rodgersin evolutiivinen käsiteanalyysi perustuu eri filosofien ajatuksiin (esim. Wittgenstein, Ryle) ja dispositionaaliseen teoriaan, jossa painotetaan käsitteen ja sen käytön välistä yhteyttä. Käsitteen olemus nähdään ajassa muuttuvana ja kontekstisidonnaisena. Kontekstina voi olla tietty tieteen ala, kulttuurinen ryhmä tai tietty teoria. Käsitteillä ilmaistaan tiettyä käyttäytymistä, joka sisältää taidon käyttää kieltä tehokkaasti ja tiettyjen psyykkisten ja fyysisten toimintojen ilmaisun. Määritellyn käsitteen avulla voidaan luokitella ja tunnistaa ilmiö adekvaatisti sekä arvioida käsitteen vahvuuksia ja heikkouksia. Käsitettä voidaan kehittää vastaamaan sen käyttötarkoitusta. (Rodgers 1989, 1993a, Lammintakanen 2005, Lammintakanen ym. 2006.)

Tunnistaminen

Terveyteen liittyvän elämänlaadun määrittelemiseen tarvittava aineisto on kerätty systemaattisesti eri tietokannoista ajanjaksoina marraskuu 2005–tammikuu 2006, tammikuu 2011 ja helmikuu 2013. Lisäksi lisätietoa käsitteestä ja lähikäsitteitä etsittiin hakusanalla "health status" , koska se mainittiin usein "HRQL"-haulla löytyneissä artikkeleissa. Haku tehtiin samoista tietokannoista kuin "HRQL"-haut. Tämän haun perusteella valittiin käsiteanalyysiin kaksi osajulkaisua, joissa vertailtiin terveyteen liittyvän elämänlaadun ja terveydentilan käsitteitä (Smith ym. 1999, Moons 2004).

Nimeäminen

Terveyteen liittyvän elämänlaadun käsitettä ei ole määritelty sanakirjoissa. Määritelmät koskevat elämänlaadun käsitettä, jonka esimerkiksi MOT Dictionary of Contemporary Finnish 1.0 (18.8.05) määrittelee elämisen, elinolojen laaduksi henkisin arvoin mitattuna. **Quality of life** on määritelty myös seuraavasti: your personal satisfaction

(or dissatisfaction) with the cultural or intellectual conditions under which you live (as distinct from material comfort) (<http://dictionary.reference> 18.8.2005).

Hoitotieteessä (Sousa 1999, Sousa & Williamson 2003, Moons 2004), lääketieteessä (Spitzer ym. 1995, Hays & Morales 2001, Hays m. 2002) ja terveystaloustieteessä (Sintonen 1995, 2001) terveyttä pidetään tärkeänä elämänlaadun näkökulmana ja tutkimusalueena. Terveys voidaan nähdä ideaalitulana eli täydellisenä fyysisenä, psyykkisenä ja sosiaalisena terveytenä, johon ei kuulu sairautta. WHO:n laajempi määritelmä (1948) terveydestä fyysisenä, psyykkisenä ja sosiaalisena hyvinvointina eikä pelkästään sairauden puuttumisena (WHO 2003) on pohja terveyteen liittyvän elämänlaadun käsitteelle (Uutela & Aro 1993, Bowling 1997, Moons 2004).

Terveyteen alettiin yleisemmin liittää elämänlaadun käsite 1970-luvulla. Jäljellä olevaa elämänlaatua painotettiin sairaudesta paranemisen ohella. Huomiota alettiin kiinnittää muuhunkin kuin fyysisen toimintakyvyn ja toiminnan vajavuuden mittaamiseen. (Bowling 1997.)

Terveyteen liittyvään elämänlaatuun liitetään terveyden lisäksi olennaisena tekijänä toimintakyky (Cieza & Strucki 2005). Toimintakyky käsittää sellaiset toiminnot kuin itsehoito, työkyky ja vuorovaikutuskyky perheen ja ystävien kanssa. Terveyteen liittyvän elämänlaadun toinen pääalue on subjektiivisempi hyvinvoinnin osa. Se on yhteydessä ihmisen omiin havaintoihin ja kokemuksiin fyysisestä, psyykkisestä ja sosiaalisesta hyvinvoinnistaan (Hays & Morales 2001). Moonsin (2004) mukaan terveyteen liittyvä elämänlaatu ei mittaa mekaanisesti vain terveyttä ja toimintakykyä, vaan siinä on aina mukana potilaan subjektiivinen näkökulma. Elämänlaadun tutkimuksessa subjektiivinen ja objektiivinen näkökulma täydentävät toisiaan, mutta ihminen on itse terveyteensä liittyvän elämänlaadun ja toimintakykynsä paras arvioija (Uutela & Aro 1993).

Spitzer esitti vuonna 1987 elämänlaatu tutkimuksen viisi ulottuvuutta, jotka pitäisi ottaa huomioon terveyteen liittyvässä elämänlaatu tutkimuksissa. Ulottuvuudet kuvaavat 1. fyysistä toimintakykyä, 2. psyykkistä terveydentilaa (stressiä ja hyvinvointia), 3. sosiaalista toimintakykyä, 4. sairauden oireiden aiheuttamaa taakkaa ja 5. yleisiä itse koettuun terveyteen liittyviä tuntemuksia ja hyvinvointia.

Käsitteen käyttäminen

Guyatt ja kumppanit (1993) ovat perustelleet terveyteen liittyvän elämänlaadun käsitteen käyttämistä, koska laajoja elämänalueita, kuten tulot, vapaus ja ympäristön laatu, ei yleensä pidetä terveytenä. Vaikka matala tulotaso, vapauden puute tai huono elinympäristö voivat vaikuttaa haitallisesti terveyteen, ne ovat etäisiä terveydelle ja lääketieteelliselle hoidolle. Potilaan ollessa sairas melkein kaikki elämän alueet voivat kuitenkin tulla terveyteen liittyviksi. Guyatt ja kumppanit (1993) pitävät tärkeänä mitata terveyteen liittyvää elämänlaatua, koska sen avulla 1) voidaan mitata pitkäaikaisen sairauden vaikutusta ihmiseen, 2) fyysiset mittarit tarjoavat informaatiota

kliinikoille, mutta ovat rajoittuneesti kiinnostuneita potilaista korreloiden huonosti potilaan toimintakapasiteetin, hyvinvoinnin ja päivittäisen elämän kanssa ja 3) samaa kliinistä oireistoa sairastavat potilaat vastaavat eri tavalla elämänlaatua koskeviin kysymyksiin. Kahdella yhtä kovasta selkäkivusta kärsivällä potilaalla saattaa olla erilainen roolitoiminta ja emotionaalinen hyvinvointi, ja samankaltaisessa tilanteessa olevasta kahdesta potilaasta toinen jatkaa työssä käymistä masentumatta ja toinen lopettaa työt sairastuen vakavaan masennukseen. Vakavasti sairas potilas voi arvioida elämänlaatunsa paremmaksi kuin ennen sairastumistaan tai jopa paremmaksi kuin terveet. (Guyatt ym. 1993.)

Potilaat, klinikot ja terveydenhuollon hallinnossa toimivat ihmiset ovat entistä enemmän kiinnostuneita lääketieteellisten toimenpiteiden vaikutuksesta terveyteen liittyvään elämänlaatuun, hoidon laadun ja kliinisen vaikuttavuuden mittaamisesta terveyteen liittyvän elämänlaadun avulla ja terveyteen liittyvästä elämänlaadusta saadun tiedon käyttämisestä päätöksenteossa (Guyatt ym. 1993, Sintonen 2001, 2007).

Hoitotieteen yhdeksi tärkeimmäksi tutkimusprioriteetiksi on tällä hetkellä asetettu hoidon ja hoitotoimenpiteiden tulokset, niiden mittaaminen sekä niiden menetelmien tunnistaminen, jotka parantavat asiakkaiden ja potilaiden hoitotuloksia (Drennan ym. 2007, Mikkelsen ym. 2009, Gorecki ym. 2010, Larsson ym. 2010, Palfreyman ym. 2010). Edellä mainittuja prioriteetteja voidaan tutkia terveyteen liittyvän elämänlaadun avulla. The American Academy of Nursing Expert Panel on Quality Health Care on nimennyt terveyteen liittyvän elämänlaadun yhdeksi hoidon tulosindikaattoreista, joka on herkkä terveydenhuollon toimenpiteille (Sousa & Williamson 2003).

Tällä vuosituhannella terveyteen liittyvän elämänlaadun käsitettä on käytetty yhä useammin hoidon vaikuttavuuden ja kustannusvaikuttavuuden arvioinnin yhteydessä hoitotieteessä (Roebuck ym. 2001, Mikkelsen ym. 2009, Arts ym. 2012) ja lääketieteessä (Arnold ym. 2000, Kamphuis ym. 2004, Ford ym. 2008). Hoitotieteessä terveyteen liittyvä elämänlaatu on nähty aiemmin enemmän hoidon tuloksena (Sousa & Williamson 2003, Marden 2005), kun taas lääketiede on pitänyt sitä hoidon tulostittarina (Kamphuis ym. 2004, Kuehner & Buerger 2005). Viime vuosina terveyteen liittyvän elämänlaadun paraneminen on nähty myös lääketieteessä tärkeimpänä hoidon tuloksena, esimerkiksi syövästä kärsivien hoidossa (Ahmed ym. 2008, Arden-Close ym. 2010). Terveyteen liittyvää elämänlaadun käsitettä on käytetty väestötason interventioiden arvioinnin yhteydessä lääketieteessä (Ford ym. 2008) ja hoitotieteessä (McGrath ym. 2011).

Terveyteen liittyvän elämänlaadun tutkimukseen on haluttu lisätä enemmän muuta kuin lääketieteellistä näkökulmaa (Gill & Feinstein 1994). Myös Guyatt (1993) näkee, että terveyteen liittyvään elämänlaatuun voivat vaikuttaa erilaiset elämään kuuluvat, ei pelkästään lääketieteelliset asiat, varsinkin potilaan ollessa vakavasti sairas. Sairauspesifiset mittarit eivät riitä kuvaamaan sairauden aiheuttamaa persoonallista kuormitusta. Terveyteen liittyvän elämänlaadun kokemisella voi olla yhteys terveyteen,

ammattiin, perhe-elämään, elämäntilanteeseen, elinympäristöön (Larsson ym. 2010) sekä itsetuntoon ja toiveikkuuteen (Cantrell & Lupinacci 2008). Voimakas sairaudentunne heikentää terveyteen liittyvää elämänlaatua (Friedman 2003). Terveyteen liittyvä elämänlaatu voi vaihdella elämänaikana sairauden tai hoidon tuloksena (Larsson ym. 2010).

Aineiston keruu ja analyysi

Käsiteanalyysin päämäärä vaikuttaa siihen, millainen on aineiston keruun asetelma ja otos (Rodgers 1993b). Otokseen vaikuttaa se, mitkä tieteenalat ovat olleet käsitteestä kiinnostuneita ja mistä tieteenalasta on itse kiinnostunut. Otos kerätään niiden tieteenalojen kirjallisuudesta, joka on saatavilla, merkityksellistä ja asiaankuuluvaa. Otokseen vaikuttaa myös se, keskitytäänkö käsiteanalyysissa tieteenalojen väliseen vertailuun, ajalliseen vertailuun vai molempiin. Tavoitteena on saada mahdollisimman luotettava otos. (Rodgers 1993b.)

Tässä tutkimuksessa keskitytään lääketieteen ja hoitotieteen tieteenalaan ja niiden väliseen vertailuun. Ajallista ulottuvuutta on mukana klassikkoartikkeleiden kautta. Klassikko-osajulkaisut on valittu sen perusteella, että niissä on määritelty ja käytetty terveyteen liittyvän elämänlaadun käsitettä ensimmäisiä kertoja, niissä on terveyteen liittyvän elämänlaadun mittareita ja niihin on viitattu useissa lähteissä. Hoitotieteessä on vuodesta 1996 alkaen ollut enenevässä määrin terveyteen liittyvän elämänlaadun tutkimuksia. Lääketieteen puolella 1980–1990-lukujen taite oli käännekohta käsitteen käytän yleistymisessä. Käsiteanalyysissa analysoitiin 30 osajulkaisua hoito- ja lääketieteestä sekä lisäksi yhdeksän klassikko-osajulkaisua eri tieteenaloilta. Lopputuloksena oli yhteenveto terveyteen liittyvän elämänlaadun käsitteestä (ks. luku 2.1.2). Käsiteanalyysissa esiin nousseet terveyteen liittyvän elämänlaadun ominaispiirteet hoitotieteessä ja lääketieteessä on esitetty taulukossa 1. Tärkeimmät sisällön analyysissa mukana olleet osajulkaisut ovat liitetäulukossa 1.

Analyysivaihe perustuu induktiiviseen lähestymistapaan ja keskittyy merkityksellisiin näkökohtiin käsitteessä. Rodgersin mukaan (1993b) joko sisällön analyysi tai temaattinen analyysi on sopiva tekniikka. Lopullinen analyysi tehdään tutkimusprosessin loppuvaiheessa liian aikaisten päätelmien ehkäisemiseksi. Tutkija valitsee tavan, jolla analysoi aineiston. Kaikki eri osia (ennakkoehdot, ominaisuudet, seuraukset, korvaavat, yhteydessä olevat ja lähikäsitteet) kuvaavat pelkistetyt ilmaisut poimitaan tekstistä, ja niistä muodostetaan aineistoa kuvaavia laajempia alakategorioita. Samansisältöisiä alakategorioita yhdistämällä tuotetaan yläkategorioita. Analyysin edetessä abstraktiotaso nousee. Tavoitteena on löytää yläkategorioita yhdistäviä kategorioita, jotka kuvaavat käsitettä ja sen käyttöä. (Rodgers 1993b, Kyngäs & Vanhanen 1999.)

Terveyteen liittyvään elämänlaatuun yhteydessä olevat ja lähikäsitteet

Elämänlaatua, toiminnallista tilaa / toimintakykyä ja terveydentilaa on käytetty vaihtoehtoisina käsitteinä terveyteen liittyvälle elämänlaadulle, mikä on aiheuttanut teoreettista sekaannusta (Spitzer 1987, Guyatt ym. 1993).

Elämänlaatu

Elämänlaadusta ja onnellisuudesta on puhuttu jo antiikin Kreikassa (Mandzuk & McMillan 2005). 1960-luvulla käsitettä ruvettiin käyttämään yleisesti (Haas 1999). Elämänlaadun käsitettä on sovellettu ensin sosiologian tieteen alalla (Mandzuk & McMillan 2005). Elämänlaatua on tutkittu yhteiskuntatieteissä 1960-luvulta alkaen (Zhan 1992) ja terveystieteissä 1980-luvulta alkaen (Kattainen 2004). Myös lääketieteessä on tehty viime vuosina paljon elämänlaatu tutkimusta (Papakostas ym. 2004). Hoitotieteessä on tutkittu paljon elämänlaatua, esimerkiksi Cinahl-haku "quality of life" -hakusanalla tuotti 4285 tulosta vuosina 1995–2010 rajattuna hoitotieteellisiin, aikuisia koskeviin, englanninkielisiin ja vertaisarvioituihin tutkimuksiin. Ilman mitään rajoituksia hakusana "quality of life" toi 43 567 lähdettä. "Health-related quality of life" -hakusana tuotti Cinahl tietokannassa (28.1.2011) 4295 tulosta ilman rajoituksia.

Sosiologisessa tutkimuksessa elämänlaatu on esiintynyt elintason rinnakkaiskäsitteenä, ja se liitetään hyvinvointitutkimukseen. Allardt (1976) tarkoittaa elämänlaadulla niiden tarpeiden tyydyttämistä, jotka määräytyvät inhimillisten suhteiden laadun perusteella. Elämänlaadun tutkimukselle tyypillinen moniulotteinen hyvinvoinnin käsite tuo esille monia terveyden ja muiden elinolojen saumakohtia, jotka tutkimukselta ovat jääneet aiemmin huomiotta. Elämänlaatu tutkimus on tuonut hyvinvointi- ja elinolututkimukseen elämän ei-aineellisen puolen tärkeyden ja subjektiivisen kokemuksen merkityksen. Hyvinvointitutkimuksessa terveys liitetään tarpeentyydytykseen tai sitä pidetään toimintaresurssina, mikä tarkoittaa enemmän kuin pelkkää sairauden puuttumista. Terveys voidaan mieltää resurssiksi, joka on tärkeää ihmisen hyvinvoinnille (ks. Campbell ym. 1976), sosiaalisille suhteille ja työn tekemiselle. Koettu sairaus ja terveydentilan yhteydet yleisiin subjektiivisiin elämänarvoihin, tyytyväisyyteen ja onnellisuuteen tulevat tutkittaviksi (Allardt 1976).

Elämänlaatu on eräänlainen sateenvarjo-käsite, joka peittää useita eri käsitteitä. Yleisesti hyväksytyin, universaalien määritelmän puuttuminen tekee käsitteen käyttämisestä monitulkintaisen. (Moons 2004.) Se on moniulotteinen ja eri elämäntilanteissa muuttuva käsite (Meeberg 1993, Farquhar 1995, Kattainen 2004), mikä hankaloittaa sen mittaamista.

Laaja elämänlaadun käsite ei sisällä pelkästään terveyteen liittyviä tekijöitä. Se sisältää myös ei-mediisiinisiä elementtejä, kuten työ, perhe, ystävät ja elämän olosuhteet (Gill & Feinstein 1994). Elämänlaadun globaaleissa, laajoissa määritelmässä elämänlaatua pidetään yleensä tyytyväisyytenä elämään, onnellisuutena ja

hyvinvointina (Farquhar 1995). Tyytyväisyys elämään on usein liitetty elämänlaatuun eri tieteenaloilla (Zhan 1992, Meeberg 1993, Ferrans 1996). Elämänlaatu sisältää positiivisia (roolitoiminnot, tyytyväisyys, liikkuvuus) ja negatiivisia ulottuvuuksia (negatiiviset tunteet, riippuvuus lääkityksestä, väsymys, kipu) (WHOQOL GROUP 1995).

Haasin (1999) hoitotieteellisen käsiteanalyysin mukaan elämänlaatu sisältää subjektiivisina tekijöinä fyysisen, psyykkisen, sosiaalisen ja hengellisen hyvinvoinnin sekä objektiivisina tekijöinä fyysisen, psyykkisen, sosiaalisen ja hengellisen toimintakyvyn. Tyytyväisyys elämään nähdään yhtenä elämänlaadun indikaattoreista (Haas 1999). Elämänlaadun rinnastaminen tyytyväisyyteen korostaa käsitteen subjektiivisuutta (Campbell ym. 1976).

Ferransin hoitotieteellisen määritelmän (1996) mukaan elämänlaatu koostuu terveyden ja toiminnan alueesta, sosiaalisesta ja taloudellisesta alueesta, psykologisesta ja hengellisestä alueesta sekä perhealueesta. Terveyden ja toiminnan alueelle kuuluvat hyödyllisyys toisille, fyysinen riippumattomuus, kyky kohdata perheen velvollisuudet, oma terveys, kipu, energia (väsymys), stressi ja huolet, kontrolli omasta elämästä, vapaa-ajan aktiviteetit, mahdollisuus onneen vanhana ja eläkkeellä, mahdollisuus pitkään ikään, seksielämä, terveydenhuolto ja kyky matkustaa lomilla. (Ferrans 1996.)

WHO Quality of Life Group määritteli vuonna 1993 elämänlaadun käsitteen, jossa painotetaan yksilön omaa terveyttä, toimintakykyä ja itsenäisyyttä siinä kulttuurissa ja ympäristössä, missä hän elää (Bowling 2005). WHOQOL GROUP (1995) toi esille yksilöiden oman havainnon tärkeyden omasta elämästään kulttuurisessa ja arvojärjestelmässä suhteessa heidän omiin päämääriinsä ja odotuksiinsa. Elämänlaadun käsitettä kehitettiin monikulttuurisessa yhteistyössä neljän vuoden ajan. WHOQOL GROUPin (1995) mukaan elämänlaatu on moniulotteinen sisältäen 24 pienempää aluetta ja **6 laajaa aluetta**:

- 1) fyysinen alue
- 2) psyykinen (psykologinen) alue
- 3) itsenäisyyden taso
- 4) sosiaaliset suhteet
- 5) ympäristöön liittyvät tekijät
- 6) henkilökohtaiset käsitykset

Myös muita ulottuvuuksia on pidetty tärkeinä, kuten tavalliset toiminnot (The EuroQol), roolitoiminnot (MOS-SF-36), työ (The Sickness Impact Profile) ja hengellinen ulottuvuus (WHOQOL GROUP 1995, Ferrell ym. 1998).

Toiminnallinen tila (Functional status)

Toiminnallisen tilan käsitettä on myös käytetty vaihtoehtoisesti terveyteen liittyvän elämänlaadun käsitteen kanssa (Guyatt ym. 1993). Toiminnallinen tila käsitetään

kuitenkin usein pelkästään fyysisenä toimintakykynä ja sitä mitataan objektiivisesti, joten se ei ole sisällöllisesti sama asia kuin terveyteen liittyvä elämänlaatu. Terveyteen liittyvässä elämänlaadussa on tärkeintä sen subjektiivinen mittaaminen. Toiminnallinen tila on läheisesti yhteydessä terveyteen liittyvään elämänlaatuun, jolloin se sisältää fyysisen, psyykkisen ja sosiaalisen ulottuvuuden. (Haas 1999.)

Toimintakyky

Toimintakyky sisältyy toiminnalliseen tilaan ja on suppeampi käsite kuin terveyteen liittyvä elämänlaatu. Useimmiten se käsittää fyysisen, psyykkisen ja sosiaalisen toimintakyvyn (Ahto 1999). Se voidaan myös nähdä ihmisen fyysisten, psyykkisten ja sosiaalisten ominaisuuksien suhteena häneen kohdistuviin odotuksiin (Matikainen ym. 2004). Bowling (2005) määrittelee toimintakyvyn päivittäisistä roolitoiminnoista selviytymisenä ja kykynä elää omaa elämää.

Fyysisellä toimintakyvyllä tarkoitetaan kykyä suoriutua jokapäiväiseen elämään kuuluvista, fyysistä ponnistelua edellyttävistä tehtävistä (Suutama ym. 1988, Rissanen 1999). Fyysinen toimintakyky voidaan nähdä elimistön toiminnallisena kykynä ja kykynä selviytyä perustarpeiden tyydyttämisestä (Nojonen 1990, Yura-Walsh 1992).

Psyykkinen toimintakyky kattaa kolme perusaluetta: toiminnan, tunne-elämän ja ajattelun. Hyvä psyykkinen toimintakyky on toiminnan, tunteiden ja ajatusten hallintaa. Psyykkisen toimintakyvyn käsitteeseen sisällytetään tärkeimpinä tekijöinä kognitiiviset eli älylliset toiminnot, persoonallisuus, psykofysiologiset ja psykomotoriset toiminnot sekä mielenterveys tai psyykkinen hyvinvointi. (Suutama ym. 1988.) Psyykkiseen toimintakykyyn liittyy myös psyykkisten voimavarojen, taitojen ja kykyjen käyttö sekä haasteista selviytyminen (Lahtela 1990) ja elämänhallinta (Vahtera 1993).

Sosiaalinen toimintakyky voidaan jakaa karkeasti kahteen ulottuvuuteen, jotka ovat ihminen vuorovaikutussuhteissaan ja ihminen aktiivisena sosiaalisena toimijana. Sosiaalisen toimintakyvyn käsitteeseen voidaan sisällyttää harrastukset, kontaktit ystäviin ja tuttaviiin sekä uusien ihmissuhteiden solmiminen. (Suutama ym. 1988.) Sosiaalinen toimintakyky liittyy sekä yhteisösuhteisiin että toimintaan. Tärkeää on yksilön ja ympäristön vuorovaikutus, joka ilmenee yksilön kykynä suoriutua sosiaalisista tilanteista sekä kykynä toimia yhteiskunnan jäsenenä (Jyrkämä 1995, Rissanen 1999).

Terveydentila tai koettu terveydentila (Health status or perceived health status)

Terveydentilaa, ja varsinkin koettua terveydentilaa, ja elämänlaatua on usein käytetty toisiaan korvaavina käsitteinä (Spitzer 1987, Guyatt ym. 1993, Gill & Feinstein 1994, Moons 2004). Käsitteitä verranneiden tutkijoiden mukaan kyse ei ole kuitenkaan

samasta käsitteestä (Gill & Feinstein 1994, Smith ym. 1999, Moons 2004). Moons (2004) arvioi, että terveys pitää nähdä elämänlaatuun positiivisesti tai negatiivisesti vaikuttavana tekijänä, ei elämänlaadun mittarina. Täydellisen terve elämä ei ole identtinen korkean elämänlaadun kanssa.

Smithin ja kumppaneiden (1999) tekemän meta-analyysin mukaan potilaiden näkökulmasta elämänlaatu ja terveydentila ovat eri tavalla rakentuneita käsitteitä eikä niitä tulisi käyttää vaihtoehtoisesti. Kun potilaat arvioivat elämänlaatua, he antavat suuremman painon mielenterveydelle kuin fyysiselle toiminnalle. Heidän arvioidessaan puolestaan terveydentilaansa fyysinen toiminta on tärkeämpää kuin mielenterveys. Potilaiden arviot lääketieteellisen hoidon tehokkuudesta vaihtelevat riippuen siitä, mitataanko elämänlaatua vai terveydentilaa. Terveyteen liittyvän elämänlaadun tutkimus erottelee terveyteen liittyvän tutkimuksen tulokset aikaisemmasta sosiologisesta, subjektiivisen hyvinvoinnin ja tyytyväisyyden elämään tutkimuksesta terveessä yleisväestössä. (Smith ym. 1999.) Spitzerin (1987) mukaan terveydentila-käsitettä tulisi käyttää ilmeisen terveiden ihmisten arvioinnissa, ja elämänlaadun käsitettä selvästi sairaiden ihmisten ominaisuuksien arvioinnissa.

Elämänlaatu ei ole pelkästään kuvaus terveydentilasta, vaan reflektio tavasta, jolla potilaat havaitsevat ja reagoivat terveydentilaansa ja muihin ei-mediisiinisiin näkökulmiin elämässään. Tarve ruumiillistaa potilaiden arvot ja mieltymykset erottaa elämänlaadun kaikista muista terveyden mittareista. (Gill & Feinstein 1994.) Kamphuisin ja kumppaneiden (2004) tutkimuksen mukaan terveyteen liittyvä elämänlaatu ei mittaa pelkkää terveydentilaa, koska ihmiset reagoivat emotionaalisesti eri tavalla terveydentilan ongelmiin ja vastaukset vaihtelevat paljon terveyteen liittyvän elämänlaadun asteikoilla.

Liitetaulukko 1. Terveysteen liittyyvn elämänlaadun ennakkoehdot, ominaisuudet ja seuraukset eri tieteenaloilla

Tieteenala	Ennakkoehdot	Ominaisuudet	Seuraukset
Hoitotiede			
Sousa ym. 1999, Sousa & Williamson 2003 Hu & Meek 2005 Cantrell & Lupinacci 2008 Mikkelsen ym. 2009 Gorecki ym. 2010		Ihmisen oma arviointi / havainto Subjektiiivisuus	
Roebuck ym. 2001		Subjektiiivinen näkökulma terveyteen Moniulotteisuus Ilmaisee sairauden ja hoidon vaikutusta potilaan havainnoimana Geneerinen tai sairausspesifinen Ensisijainen hoidon tulosmittari	
Clark ym. 2003		Hoidon ensisijainen pammar on parantaa potilaiden terveyteen liittyyv elämänlaatua Potilaiden havainto fyysisistä, sosiaalisista ja psykologisista terveyden alueista Ilment terveyttä potilaiden elämänlaadun arvioinneissa sisältäen fyysiset ja psyykkiset oireet, toiminnan ja koetun terveyden	
Friedman 2003	Sairaus huonontaa	Terveyteen liittyyvn elämänlaadun tekijät: sairauden oireet, fyysinen toiminta ja mielenterveys	Huono elämänlaatu: Jatkuvat fyysiset oireet Huonontunut fyysinen toimintakyky Masennus Uusiutuneet sairaalahoidot Itsensä maritteleminen sairaammaksi ja huonompikuntoiseksi
Sousa & Williamson 2003 Ye ym. 2008	Oireita olemassa		Hyvä terveyteen liittyyv elämänlaatu: Selviäminen oireiden kanssa
Sousa & Williamson 2003		Terveydenhuollon (lääketiede ja hoitotyö) toimenpiteiden tulos	
Eide ym. 2005			Hyvä terveyteen liittyyv elämänlaatu: Henkiin jääminen Muutosvalmius

(Jatkuu)

Liitetaulukko 1. jatkuu

Tieteenala	Ennakkoehdot	Ominaisuudet	Seuraukset
<u>Hoitotiede</u>			
England 2005	Hyvä itsetunto →oireet eivät vaikuta niin paljon		Hyvä terveyteen liittyvä elämänlaatu: Positiivinen näkemys oireisiin Itsetunto parempi
Ferrans ym. 2005		Terveyden, sairauden ja hoidon vaikutukset elämänlaatuun	
Hu & Meek 2005		Moniulotteisuus: psykkinen ja fyysinen	Hyvä terveyteen liittyvä elämänlaatu: Sairauden oireiden, fyysisen kunnon heikkenemisen ja negatiivisen mielialan vaikutusten väheneminen Itsestä huolehtiminen Päivittäisten toimintojen sujuminen Osallistuminen kuntoutukseen
Marden 2005	Sairaus ja sen osatekijät olemassa Sairaudentunne	Potilaan raportoima hoidon tulos	Hyvä terveyteen liittyvä elämänlaatu: Usko sairauden kontrolloitavuuteen Huono terveyteen liittyvä elämänlaatu: Pelko vakavista seurauksista
Wann-Hansson ym. 2005	Yhteys pitkäaikaiseen vakavaan sairauteen		
Cantrell & Lupinacci 2008	Itsetunto ja toiveisuus vaikuttavat terveyteen liittyvän elämänlaadun kokemiseen	Moniulotteisuus: fyysinen, psykkinen ja sosiaalinen	
Ye ym. 2008	Yhteys sosiodemograafisiin ja fysiologisiin tekijöihin		
Mikkelsen ym. 2009		Moniulotteisuus: fyysinen, psykkinen, sosiaalinen ja kognitiivinen Mittaa hoidon tulosta	
Gorecki ym. 2010 käsitteellinen malli	Sairaus ja oireita olemassa	Mittaa hoidon tulosta Moniulotteisuus: sairauspesifiset oireet, fyysinen toimintakyky, psykologinen hyvinvointi, sosiaalinen toimintakyky	
Larsson ym. 2010		Moniulotteisuus: fyysinen, psykkinen, sosiaalinen Mittaa hoidon lopputulosta Muuttuu elämän aikana tai/ja hoidon/sairauden vaikutuksesta	

(Jatkuu)

Liitetaulukko 1. jatkuu

Tieteenala	Ennakkoehdot	Ominaisuudet	Seuraukset
<u>Hoitotiede</u>			
Palfreyman ym. 2010 kirjallisuuskatsaus		Sairauden vaikutus ihmisen itsensä arvioimana Arvioi hoitotyön toimintojen vaikutusta hoitotuloksiin	
McGrath ym. 2011		Mittaa terveysinterventtion vaikutusta väestössä	
Arts ym. 2012		Mittaa hoidon kustannusvaikuttavuutta	Hoitokomplikaatioiden väheneminen
<u>Lääketiede</u>			
Arnold ym. 2000	Sairaus vaikuttaa	Potilaan havainto Mittaa sairauden vaikutusta Mittaa hoitotoimenpiteiden vaikuttavuutta	
Hays & Morales 2001 Ware Jr 2003 Kuehner & Buerger 2005 Ahmed ym. 2008 Horner-Johnson ym. 2009		Moniulotteisuus: fyysinen, psyykkinen, sosiaalinen	
Hays & Morales 2001 Hays ym. 2002		Kuvaa aluetta, jolla terveys vaikuttaa yksilön toimintakykyyn ja fyysiseen, psyykkiseen ja sosiaaliseen hyvinvointiin	
Schmitz ym. 2004		Itsekoettu sairastaminen Erilaiset vaikutukset, joita sairaudella on päivittäiseen elämään ja elämän tyytyväisyyteen Kuvaa erilaisten sairauksien vaikutuksia toimintakykyyn ja hyvinvointiin Hoitotulosten mittari	
Goldney & Fisher 2004 Kamphuis ym. 2004		Moniulotteisuus Kaksoissubjektiivisuus Yksilöllinen kokemus Arvioi sairauden ja hoidon vaikutusta päivittäiseen elämään kroonisesti sairailta ihmisillä Tulosmittari	
Michalac ym. 2004		Yksilöllisyys Henkilökohtaisuus Hoidon tavoite	
Isacson ym. 2005	Pitkäaikainen sairaus olemassa	Moniulotteisuus: fyysinen, psyykkinen, sosiaalinen	

(Jatkuu)

Liitetaulukko 1. jatkuu

Tieteenala	Ennakkoehdot	Ominaisuudet	Seuraukset
Lääketiede			
Kuehner & Buerger 2005	Itsetunto	Tärkeä tulosmittari somaattisissa ja psyykkisissä sairauksissa	Hyvä terveyteen liittyvä elämänlaatu: Negatiivisen mielialan kanssa selviytyminen
Strine ym. 2004		Subjektiiivisuus Moniulotteisuus (fyysinen ja psyykkinen)	
Vuillemin ym. 2005		Yksilön havainto omasta terveydestä Moniulotteisuus	Huono terveyteen liittyvä elämänlaatu: Epäterveet elämäntavat Haitalliset terveydelliset seuraukset
Patel ym. 2007		Mittaa sairauden vaikutusta potilaan näkökulmasta	
Ford ym. 2008		Moniulotteisuus: fyysinen, psyykkinen, sosiaalinen Mittaa uusien hoitojen vaikutusta Arvioi potilaiden hoidon onnistumista Väestötasolla: Arvioi hyvinvointia, vertaa väestöjä, antaa panoksen terveyspolitiikan kehittämiseen ja voimavarojen kohdistamiseen Antaa perustan kansallisille terveystavoitteille ja mittaa näihin tavoitteisiin pääsemistä, arvioi väestötason interventioita, tunnistaa ja mittaa kehitystä kohti terveyserojen poistamista	
Ahmed ym. 2008		Tärkein hoidon tulos Mittaa sairauden ja oireiden vaikutusta Osatekijät: yleinen tyytyväisyys elämään, havainnot omasta terveydentilasta, kyky osallistua mielekkääseen toimintaan	
Horner-Johnson ym. 2009		Mittaa terveyttä sairastavuuden ja kuolleisuuden ohella	

(Jatkuu)

Liitetaulukko 1. jatkuu

Tieteenala	Ennakkoehdot	Ominaisuus	Seuraukset
<u>Lääketiede</u>			
Pisinger ym. 2009	Yhteys epäterveisiin elämäntapoihin	Itse ilmoitettu ja havaittu Moniulotteisuus Mittaa psyykkiseen ja fyysiseen terveyteen liittyvien ongelmien voimaa ja vaikutusta. Mittaa terveysongelmia, joita voi muuten olla vaikea havaita	
Arden-Close ym. 2010		Tärkein tulos kliinisissä hoitokokeiluissa Ensisijainen hoidon tavoite	
<u>Klassikko-osajulkaisut / Terveystaloustiede</u>			
Sintonen 2001		Ihmisen oma arviointi / Subjektiiivisuus Moniulotteisuus: fyysinen, psyykkinen, sosiaalinen	
<u>Klassikko-osajulkaisut / hoitotiede</u>			
Sousa ym. 1999		Moniulotteisuus: oirekuva, toiminnallinen tilanne, yleiseen terveyteen liittyvät havainnot	Hyvä terveyteen liittyvä elämänlaatu: Vähemmän hoitopäiviä Helpompi siirtyä sairaalasta avohoitoon Parempi sitoutuminen kotihoitoon
Moons 2004		Oma arvio (kognitiivinen prosessi) ja tyytyväisyys (emotionaalinen prosessi) fyysisestä, psyykkisestä ja sosiaalisesta toimintakyvystä →kaksossubjektiiivisuus	
<u>Klassikko-osajulkaisut / sosiologia / psykologia</u>			
Uutela & Aro 1993		Ihmisen oma kokemus Moniulotteisuus: fyysinen, psyykkinen, sosiaalinen	
<u>Klassikko-osajulkaisut / lääketiede</u>			
Spitzer 1987	Sairas	Hoidon tulostavoite tietyissä sairauksissa Merkittävä päämäärä terveydenhuollolle (potilashoito, terveyspalvelut, sosiaaliset ohjelmat)	

(Jatkuu)

Liitetaulukko 1. jatkuu

Tieteenala	Ennakkoehdot	Ominaisuus	Seuraukset
<u>Klassikko-osajulkaisut / lääketiede</u>			
Ware Jr & Sherbourne 1992		Moniulotteisuus (fyysinen ja psyykkinen) Subjektiiivisuus	
Guyatt ym. 1993		Mittaa pitkäaikaisen sairauden vaikutusta Eriäinen samassa tilanteessa olevilla ihmisillä Fyysinen ja psyykkinen toiminta Lääketieteelliset toimenpiteet vaikuttavat siihen	Negatiivisuus (kuolema) ja positiivisuus (onnellisuus)
Hays ym. 1993		Moniulotteisuus Subjektiiivisuus	
Gill & Feinstein 1994		Alue, johon terveys ja sairaus vaikuttaa	

TARJA SAHARINEN
*Mielenterveydeltään
pitkäaikaisesti oireilevien ja
oireettomien 25–64-vuotiaiden
terveyteen liittyvä elämänlaatu
ja siihen yhteydessä olevat
tekijät*

Tässä tutkimuksessa mielen-terveys-
oireista ja psyykkisistä sairauksista,
varsinkin masennuksesta, kärsivien
ihmisten fyysinen, psyykinen ja so-
siaalinen terveyteen liittyvä elämän-
laatu oli huono verrattuna terveisiin
ihmisiin. Mielenterveystekijät, kuten
tyytymättömyys elämään, korostui-
vat terveyteen liittyvään elämänlaa-
tuun yhteydessä olevina tekijöinä.
Runsas alkoholin käyttö, alentunut
työkyky ja huono taloudellinen tilan-
ne heikensivät terveyteen liittyvää
elämänlaatua. Terveysten liittyvän
elämänlaadun edistämiseksi mie-
lenterveysoireiden tunnistaminen ja
ihmisen kokonaisvaltainen hoitami-
nen on tärkeää.



UNIVERSITY OF
EASTERN FINLAND

PUBLICATIONS OF THE UNIVERSITY OF EASTERN FINLAND
Dissertations in Health Sciences

ISBN 978-952-61-1240-4