Tampereen yliopisto

Ella Tapola

PUOLISOAAN AUTTAVIEN 65–84-VUOTIAIDEN SUOMALAISTEN KOKEMA YKSINÄISYYS

Yhteiskuntatieteiden tiedekunta
Pro gradu -tutkielma
Toukokuu 2024

TIIVISTELMÄ

Ella Tapola: Puolisoaan auttavien 65–84-vuotiaiden suomalaisten kokema yksinäisyys
Pro gradu -tutkielma
Tampereen yliopisto
Kansanterveystieteen maisteriohjelma
Toukokuu 2024

Iäkkäiden määrän kasvaessa ikääntyneiden väestöryhmien merkitys ja tarpeet nousevat tärkeiksi tutkimuskohteiksi. Ikääntyneet asuvat kotonaan aiempaa pidempään ja huonokuntoisempina, minkä vuoksi myös epävirallista hoivaa ja auttamista koskevat kysymykset ovat tulleet aiempaa ajankohtaisemmiksi. Puolisot ovat merkittävässä roolissa epävirallisen avun tarjoajina. Sairaan tai toimintakyvyltään heikentyneen puolison säännöllinen auttaminen on yhteydessä moniin haitallisiin sosiaalisiin, taloudellisiin ja terveydellisiin vaikutuksiin. Yksinäisyys on merkittävä yhteiskunnallinen haaste, ja yksinäisyyden kokemukset näyttäisivät lisääntyvän iän myötä. Kansainvälisistä tutkimuksista saatu näyttö puolison auttamisen ja yksinäisyyden välisestä yhteydestä on ristiriitaista. Suomessa aihetta ei ole juurikaan tutkittu.

Tämän pro gradu -tutkielman tarkoituksena on selvittää suomalaisten 65–84-vuotiaiden toimintakyvyltään heikentynyttä tai sairasta puolisoaan säännöllisesti auttavien henkilöiden kokeman yksinäisyyden ja auttamisen välistä yhteyttä. Lisäksi tarkastellaan sukupuolten välisiä eroja puolisoaan auttavien yksinäisyydessä. Tässä tutkimuksessa yksinäisyys käsitetään ilmiönä, jolla on kaksi ulottuvuutta: sosiaalinen ja emotionaalinen. Tutkielman aineisto on osa Vanheneminen ja sosiaalinen hyvinvointi (SoWell) -tutkimushankkeen postikyselyaineistoa. Aineisto kerättiin vuoden 2020 marraskuun ja vuoden 2021 huhtikuun välisenä aikana. Vastausprosentti oli 62 (n=3088). Tämän tutkimuksen aineisto koostui niistä vastaajista, jotka ilmoittivat olevansa avoliitossa, avioliitossa tai rekisteröidyssä parisuhteessa (n=2076). Muuttujien välisiä yhteyksiä tarkasteltiin ristiintaulukoinneilla ja khiin neliö -testillä. Puolison auttamisen ja yksinäisyyden välistä yhteyttä selvitettiin multinomiaalisella logistisella regressioanalyysillä.

Tutkittavista 23,9 % ilmoitti auttavansa säännöllisesti puolisoaan. Yksinäisyys oli yleisempää puolisoaan säännöllisesti auttavien ryhmässä kuin ei-auttavien ryhmässä. Puolison auttaminen oli yhteydessä yleisempään yksinäisyyden tunteeseen ja ystävyyssuhteiden määrän vähenemiseen vielä useiden sekoittavien tekijöiden (sukupuoli, ikä, itsearvioitu terveys ja taloudellinen tilanne) huomioimisen jälkeen. Sukupuolten välillä ei havaittu eroa yksinäisyyden ja puolison auttamisen välisen yhteyden voimakkuudessa.

Puolisoaan säännöllisesti auttavien yhteiskunnallinen panos jää usein näkymättömäksi. Ikääntyneiden palveluja kehittäessä on tärkeää huomioida myös sairastuneen ihmisen läheiset ja näiden kuormittuneisuus.

Avainsanat: sosiaalinen yksinäisyys, emotionaalinen yksinäisyys, auttaminen, puoliso, ikääntyneet

Tämän julkaisun alkuperäisyys on tarkastettu Turnitin Originality Check -ohjelmalla.

ABSTRACT

Ella Tapola: Loneliness among Finnish informal spousal caregivers aged 65-84
Master's thesis
Tampere University
Master's Programme in Public health
May 2024

As the population ages, the role and needs of older people become increasingly important areas of research. Older people live in worse physical condition at home longer than previously. Questions about informal care are becoming more topical and spouses play an important role as the providers of informal care. Spousal caregiving is associated with many adverse social, economic and health impacts. Loneliness is a major societal challenge and the experiences of loneliness seem to increase with age. Evidence from the international studies of the association between spousal caregiving and loneliness is contradictory. In Finland, the topic has not been studied much.

The aim of this Master's thesis is to examine the association between loneliness and informal spousal caregiving among Finnish individuals aged 65 to 84, focusing on the potential gender differences. Loneliness is understood as a phenomenon with two dimensions: social and emotional. The data of this study is part of the postal survey data from the Ageing and Social Well-being (SoWell) research project. The data was collected between November 2020 and April 2021. The response rate was 62 (n=3088). The study population of this thesis consisted of respondents who reported being married, in a common-law relationship, or in a registered partnership (n=2076). The associations between the variables were examined using cross-tabulations and a chi-square test. The association between loneliness and spousal caregiving was studied by multinomial logistic regression analysis.

23.9 % of the subjects reported providing spousal care. The results suggest that loneliness is more common among spousal caregivers than among non-caregivers. Spousal caregiving was associated with a feeling of loneliness and with a decrease in the number of friendships even after controlling for several confounding factors (gender, age, self-assessed health and economic situation). There was no gender difference in the strength of the association between loneliness and informal spousal caregiving.

The social contribution of the informal spousal caregivers often remains invisible. When developing services for the older people, it is also important to consider the burden of the family members of the ill or disabled person.

Key words: loneliness, social isolation, spousal caregiving, older people

The originality of this thesis has been checked using the Turnitin Originality Check service.

SISÄLLYSLUETTELO

1. JOHDANTO 1
2. VÄESTÖN IKÄÄNTYMINEN 3
2.1. Väestörakenteen muutos 3
2.2. Ikääntyneiden ihmisten terveys ja toimintakyky 3
3. YKSINÄISYYS 6
3.1. Yksinäisyyden käsite 6
3.2. Emotionaalinen yksinäisyys ja sen arviointi 8
3.3. Sosiaalisen yksinäisyys ja sen arviointi 9
3.4. Ikääntyneiden yksinäisyys 9
3.5. Yksinäisyyden kokemisen yhteys terveyteen 10
4. PUOLISON AUTTAMINEN 13
4.1. Läheisen auttamisen yleisyys 13
4.2. Sukupuolten väliset erot auttamisessa 13
4.3. Omaishoito auttamisen muotona 14
4.4. Puolisoaan säännöllisesti auttavien iäkkäiden terveys 15
4.5. Mahdolliset syyt ikääntyvien puolisoaan auttavien yksinäisyydelle 15
4.6. Puolisoaan auttavien henkilöiden kokema yksinäisyys 17
5. TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TUTKIMUSKYSYMYKSET 21
6. AINEISTO JA TUTKIMUSMENETELMÄT 22
6.1. Aineiston kuvaus 22
6.2. Tutkimuksen muuttujat 24
6.2.1. Päämuuttujat 24
6.2.2. Selittävä muuttuja 24
6.2.3. Muut analyyseissä käytetyt muuttujat 25
6.3. Analyysimenetelmät 26
7. TULOKSET 29
7.1. Tutkittavien perustiedot 29
7.2. Yksinäisyyden kokeminen 31
7.2.1. Emotionaalinen yksinäisyys sukupuolittain sekä kaikilla tutkittavilla 31
7.2.2. Sosiaalinen yksinäisyys sukupuolittain sekä kaikilla tutkittavilla 33
7.2.3. Emotionaalinen yksinäisyys puolisoaan auttavilla ja ei-auttavilla tutkittavilla 35
7.2.4. Sosiaalinen yksinäisyys puolisoaan auttavilla ja ei-auttavilla tutkittavilla 37
7.3. Puolison auttamisen ja yksinäisyyden välinen yhteys 39
7.3.1. Emotionaalinen yksinäisyys ja puolison auttaminen 39
7.3.2. Sosiaalinen yksinäisyys ja puolison auttaminen 41

8. POHDINTA 43
8.1. Tulosten yhteenveto ja pohdinta 43
8.2. Tutkimuksen eettisyys 47
8.3. Tutkielman vahvuuksia ja rajoituksia 48
8.4. Jatkotutkimusaiheet 49
LÄHTEET: 51

1. JOHDANTO

Yhteiskunnan ikärakenteen muuttuessa ja eliniän pidentyessä ikääntyneiden väestöryhmien merkitys ja tarpeet nousevat aiempaa enemmän esiin. Yli 65-vuotiaiden ikäryhmä kokee monia haasteita, jotka liittyvät terveyden ylläpitämiseen, päivittäiseen toimintakykyyn sekä sosiaaliseen hyvinvointiin. Tämän ikäryhmän sisällä puolisoaan auttavat henkilöt muodostavat tärkeän ryhmän, joiden rooli ja haasteet ovat kuitenkin vielä verrattain vähän tutkittuja.

Tämä tutkielma keskittyy puolisoaan auttavien 65–84-vuotiaiden suomalaisten sosiaaliseen ja emotionaaliseen yksinäisyyteen. Yksinäisyys on moniulotteinen ilmiö, joka vaikuttaa yksilön kokonaisvaltaiseen hyvinvointiin ja elämänlaatuun. Yksinäisyystutkimuksessa erotetaan usein toisistaan emotionaalinen ja sosiaalinen yksinäisyys. Sosiaalinen yksinäisyys kuvastaa ihmisen kokemusta siitä, että hänellä on liian vähän tai ei lainkaan haluamaansa seuraa tai sosiaalisia kontakteja, kun taas emotionaalinen yksinäisyys viittaa siihen, ettei yksilö koe olevansa emotionaalisesti ymmärretty tai tuettu läheisten ihmisten toimesta. (Junttila, 2016.)

Ikääntyneet asuvat kotonaan pidempään ja huonokuntoisempina kuin aikaisemmin. Kun ikääntyneiden osuus koko väestöstä kasvaa, myös epävirallista hoivaa ja auttamista sekä palveluja koskevat kysymykset tulevat yhä tärkeämmiksi. Suhtautuminen ikääntyneisiin on muuttunut; aiemmin ikääntyneet nähtiin passiivisina ja ikääntyminen rappeutumisena, mutta nykyään ikääntyneiltä odotetaan aiempaa aktiivisempaa osallistumista sosiaaliseen yhteistoimintaan ja vastuunkantoa omasta terveydestään (Kestilä & Karvonen, 2019). Englanninkielinen termi *”caregiving*” on käännetty tässä pro gradu -tutkielmassa auttamiseksi. Epävirallisella auttamisella (*informal caregiving*) viitataan avun tarjoamiseen apua tarvitseville sukulaisille, ystäville tai naapureille. Esimerkiksi Tur-Sinai ja kumppanit (2020) määrittelevät epävirallisen auttajan *(informal caregiver*) henkilöksi, joka vapaaehtoisesti auttaa vähintään kerran viikossa sairautensa tai vammansa vuoksi apua tarvitsevaa henkilöä. Määritelmän mukaan auttaminen ei ole sopimukseen perustuvaa, se tapahtuu ammattimaisen ja virallisen kehyksen ulkopuolella eikä siitä makseta palkkaa. (Tur-Sinai ym., 2020.)

Ikääntyvän pariskunnan toisen osapuolen sairastuminen tai vammautuminen johtaa lähes väistämättä pariskunnan keskinäisen työnjaon muuttumiseen. Tämä tarkoittaa uudenlaisten roolien omaksumista sekä samalla myös työnjakoon ja rooleihin liittyvien odotusten ja vaatimusten muuttumista uutta tilannetta vastaaviksi. Usein toisen osapuolen sairastuminen pakottaa pariskunnan purkamaan vuosien saatossa muotoutuneen yhdessä elämisen mallin. Vastuu asioiden hoidosta siirtyy enenevissä määrin vain yhdelle osapuolelle, jos toinen ei sairautensa tai vammansa vuoksi pysty huolehtimaan omista ”velvollisuuksistaan”. Muutos voi tapahtua hitaasti ja huomaamattomasti tai hyvinkin yllättäen. Saarenheimon (2005) mukaan

tätä voi pähkinänkuoressaan kutsua ”omaishoitajaksi tulemisen prosessiksi”. (Saarenheimo, 2005, s. 28.)

Tässä pro gradu -tutkielmassa tarkastellaan niitä henkilöitä, jotka ovat ilmoittaneet auttavansa säännöllisesti sairasta tai toimintakyvyltään heikentynyttä puolisoaan. Tutkielman tarkoituksena on selvittää 65–84-vuotiaiden sairasta tai toimintakyvyltään heikentynyttä puolisoaan säännöllisesti auttavien suomalaisten kokemaa sosiaalista ja emotonaalista yksinäisyyttä. Tutkielman tuloksilla on merkitystä niin yksilötasolla, kun mietitään, miten ylläpidetään ja edistetään läheisiään auttavien ikääntyneiden henkilöiden hyvinvointia kuin myös yhteiskunnallisella tasolla pohdittaessa ikääntyneiden tukipalveluiden ja -toimintojen kehittämistä. Tutkielman tavoitteena on tuottaa uutta tietoa päätöksentekijöille ikääntyvien puolisoaan auttavien henkilöiden kokemasta yksinäisyydestä, jotta yksinäisyys ja sen tuomat mahdolliset muut negatiiviset vaikutukset hyvinvointiin osattaisiin ennakoida mahdollisimman aikaisessa vaiheessa. Tutkimalla yksinäisyyttä pyritään lisäksi vähentämään yksinäisyyteen liittyvää häpeäleimaa, ja tätä kautta madaltamaan yksinäisyydestä kärsivien kynnystä hakea apua.

2. VÄESTÖN IKÄÄNTYMINEN

2.1. Väestörakenteen muutos

Vuonna 1950 Suomessa 65–84-vuotiaiden osuus väestöstä oli vain 6,4 prosenttia ja 85-vuotiaita ja sitä vanhempia oli vain 0,2 prosenttia. 65–84-vuotiaiden osuus Suomen väestöstä oli noussut lähes 20 prosenttiin, ja 85-vuotiaiden ja sitä vanhempien osuus 2,8 prosenttiin vuonna 2020. (Tilastokeskus, 2024.) Tilastokeskuksen (2021) väestöennusteessa arvioidaan, että vuonna 2030 yli 65-vuotiaiden suhteellinen osuus Suomen väestöstä olisi lähes 26 prosenttia. Vastaavasti yli 85-vuotiaiden osuuden arvioidaan nousevan lähes neljään prosenttiin. Absoluuttisesti tarkasteltuna tämä tarkoittaisi, että yli 65-vuotiaita henkilöitä olisi 1 452 839 ja yli 85-vuotiaita 215 385. (Tilastokeskus, 2021.) Suomessa väestö ikääntyy kansainvälisesti tarkasteltuna nopeasti, ja Suomessa 65 vuotta täyttäneiden osuus väestöstä on maailman korkeimpia (United Nations, 2022). Iäkkäiden määrän kasvu johtuu osittain sekä kuolleisuuden vähentymisestä etenkin eläkeikäisillä ihmisillä että pienestä syntyvyydestä (Kestilä & Martelin, 2019).

2.2. Ikääntyneiden ihmisten terveys ja toimintakyky

Suomalaisten aikuisväestön terveyttä ja hyvinvointia on tarkasteltu kattavasti esimerkiksi FinTerveys 2017 -tutkimuksessa. Terveyttä arvioitiin muun muassa kysymällä vastaajan omaa arviota terveydentilastaan. FinTerveys 2017 -tutkimuksen mukaan korkeampi ikä oli yhteydessä heikompaan koettuun terveydentilaan. Koettu terveys heikkenee naisilla iän myötä voimakkaammin kuin miehillä. 80 vuotta täyttäneiden ikäryhmässä niiden henkilöiden osuus, joka kokee terveytensä hyväksi tai melko hyväksi, oli FinTerveys 2017 -tutkimuksessa selvästi pienempi kuin nuoremmissa ikäryhmissä. Tässä ikäryhmässä noin kolmasosa miehistä ja neljäsosa naisista ilmoitti kokevansa terveytensä hyväksi tai melko hyväksi. Vastaava osuus esimerkiksi 60–69-vuotiailla miehillä oli noin 53 prosenttia ja naisilla 59 prosenttia. (Koskinen, Manderbacka ym. 2018.) Vastaajan arvio omasta terveydestään antaa hyvän yleiskuvan tämän tosiasiallisesta terveydentilasta sekä ennustaa hyvin tulevia terveysongelmia ja kuolemanvaaraa (Kaplan ym., 1996; Masterson Creber ym., 2013).

FinTerveys 2017 -tutkimuksessa kysyttiin koetun terveyden lisäksi muun muassa vastaajien pitkäaikaissairauksista. Myös pitkäaikaissairaiden osuus tarkasteltavasta ikäryhmästä näyttäisi kasvavan tasaisesti sen mukaan, mitä vanhemmasta ikäryhmästä on kyse. Noin kaksi kolmasosaa 60–69-vuotiaista miehistä ja naisista ilmoitti, että heillä on jokin pitkäaikaissairaus. 80 vuotta täyttäneillä pitkäaikaissairaudesta ilmoittaneiden osuus oli selvästi korkeampi kuin 60–69-vuotiailla. 80 vuotta täyttäneiden ikäryhmässä

pitkäaikaissairaudesta ilmoittaneita miehiä oli noin 79 prosenttia ja naisia 85 prosenttia. (Koskinen, Manderbacka ym., 2018.)

Yksilön terveys vaikuttaa oleellisesti myös hänen toimintakykyynsä. Toimintakyvyllä viitataan ihmisen kykyyn selviytyä päivittäisistä toimistaan omassa elinympäristössään tavalla, joka tyydyttää häntä itseään. Toimintakyky jaetaan usein fyysiseen, psyykkiseen, kognitiiviseen ja sosiaaliseen toimintakykyyn. Yksilöllisten ominaisuuksien lisäksi toimintakyvyn tasoon vaikuttavat ympäristötekijät. Fyysinen toimintakyky ilmenee kykynä liikkua, ja lisäksi erilaisten aistitoimintojen ajatellaan usein kuuluvan fyysiseen toimintakykyyn. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos [THL], ei pvm.) FinTerveys 2017 -tutkimuksessa tarkasteltiin kaikkia neljää toimintakyvyn osa-aluetta: fyysistä, psyykkistä, kognitiivista ja sosiaalista toimintakykyä. Tulokset osoittavat, että liikkumisvaikeudet lisääntyvät selvästi iän myötä, ja ne ovat melko yleisiä ikääntyneillä. Kuitenkin 80 vuotta täyttäneistäkin lähes puolet arvioi pystyvänsä kävelemään yhden porrasvälin vaikeuksitta. Fyysisen toimintakyvyn vaikeudet ovat ikääntyneillä naisilla yleisempiä kuin ikääntyneillä miehillä. Esimerkiksi 70–79-vuotiaista miehistä 74 prosenttia ja naisista 69 prosenttia arvioi pystyvänsä suoriutumaan 500 metrin kävelystä vaikeuksitta. (Sainio ym., 2018.)

Myös kognitiivisen toimintakyvyn on havaittu laskevan iän myötä. Kognitiivisella toimintakyvyllä tarkoitetaan tiedonkäsittelyn eri osa-alueiden yhteistoimintaa. Näitä tiedonkäsittelyn osa-alueita ovat esimerkiksi tiedon vastaanottaminen, käsittely, säilyttäminen ja käyttäminen. (THL, ei pvm.) FinTerveys 2017 -tutkimuksessa kognitiivista toimintakykyä arvioitiin vastaajien omaan arvioon perustuen sekä erilaisten kognitiivisten tehtävien avulla. Kognitiiviset tehtävät liittyivät esimerkiksi kielelliseen sujuvuuteen ja muistissa säilymiseen. Naiset suoriutuivat kaikissa ikäryhmissä kognitiivisista tehtävistä hieman miehiä paremmin. Vaikka kognitiivinen toimintakyky heikkenee ikääntymisen myötä, suurella osalla 80 vuotta täyttäneistäkin kognitiivinen toimintakyky on edelleen hyvä. FinTerveys 2017 -tutkimuksessa suurimmat erot ikäryhmien välillä havaittiin viivästettyä mieleen palauttamista koskevissa tehtävissä. Esimerkiksi 80 vuotta täyttäneistä miehistä noin 48 prosenttia ja naisista 37 prosenttia muisti alle viisi sanaa sanalistasta viiden minuutin kuluttua sen opettelusta, kun taas nuoremmista ikäryhmistä esimerkiksi 60–69-vuotiailla vastaavat osuudet olivat miehillä noin 20 prosenttia ja naisilla noin 9 prosenttia. (Koskinen, Tuulio-Henriksson ym., 2018.)

Psyykkinen toimintakyky näyttäisi paranevan iän myötä (Solin ym.,2018). Psyykkinen toimintakyky tarkoittaa ihmisen psyykkisiä voimavaroja, jotka auttavat häntä selviytymään arjen haasteista. Psyykkinen toimintakyky pitää sisällään erilaisia tuntemiseen ja ajatteluun liittyviä toimintoja, kuten kykyä tuntea ja tehdä omaa elämää koskevia valintoja. (THL, ei pvm.) FinTerveys 2017 -tutkimuksen mukaan 60 vuotta täyttäneillä on nuorempia ikäryhmiä

enemmän positiivista mielenterveyttä. Positiivinen mielenterveys on osa psyykkistä toimintakykyä ja samalla myös yksi sen edellytyksistä. 70–79-vuotiaista miehistä noin 21 prosenttia ja naisista noin 19 prosenttia luokiteltiin FinTerveys 2017 -tutkimuksessa korkean positiivisen mielenterveyden luokkaan. Tarkasteltaessa kaikkia 30 vuotta täyttäneitä miehiä ja naisia noin 14 prosenttia luokiteltiin korkean positiivisen mielenterveyden luokkaan. (Solin ym., 2018.)

Sosiaaliselle toimintakyvylle ei ole olemassa vakiintunutta määritelmää. Martelin ja kumppanit (2018, s. 123) määrittelevät sosiaalisen toimintakyvyn kyvyksi ”toimia läheisissä yksilöiden välisissä suhteissa sekä eri yhteisöissä”. Toimintakyvyn sosiaalinen ulottuvuus ilmenee muun muassa sosiaalisena osallistumisena sekä kokemuksina yhteisyydestä ja sosiaalisesta osallisuudesta. FinTerveys 2017 -tutkimuksessa sosiaalista toimintakykyä arvioitiin kysymällä muun muassa tutkittavan yhteydenpidosta sukulaisiin ja ystäviin, läheisen ystävän olemassaolosta, yksinäisyydestä, luottamuksesta ihmisiin ja vastavuoroisuuteen sekä osallistumisesta sosiaalisiin tilanteisiin. (Martelin ym., 2018.)

FinTerveys 2017 -tutkimuksen mukaan yleinen luottamus sekä luottamus toisiin ihmisiin on kaikissa ikäryhmissä naisilla korkeampaa kuin miehillä. Lisäksi epäluottamus toisiin ihmisiin ja vastavuoroisuuteen oli vanhemmilla ikäryhmillä yleisempää kuin nuoremmilla. 70–79-vuotiaista miehistä 34 prosenttia ja naisista 32 prosenttia ilmoittivat, että eivät luota toisiin ihmisiin. Naiset pitivät miehiä tiheämmin yhteyttä sukulaisiin ja ystäviin kaikissa ikäryhmissä. Miehet raportoivat naisia todennäköisemmin, että heillä ei ole yhtään läheistä ystävää. 70–79-vuotiaiden ikäryhmässä miehistä noin 15 prosenttia ja naisista 9 prosenttia ilmoitti, että heillä ei ole läheisiä ystäviä. Ero nuorempaan (60–69-vuotiaiden) ikäryhmään tai vanhempaan (80 vuotta täyttäneiden) ikäryhmään ei ollut huomattava. Esimerkiksi 80 vuotta täyttäneistä miehistä 14 prosenttia ja naisista 11 prosenttia ilmoitti läheisen ystävän puuttumisesta. (Martelin ym., 2018.)

3. YKSINÄISYYS

3.1. Yksinäisyyden käsite

Yksinäisyyttä tarkastellaan monilla eri tieteenaloilla, kuten filosofiassa, teologiassa sekä terveys- ja yhteiskuntatieteissä. Yksinäisyyttä on analysoitu monista erilaisista teoreettisista lähtökohdista käsin. Yksinäisyydelle ei ole olemassa yhtä yksiselitteistä määritelmää. (Saari, 2016.) Yleensä yksinäisyystutkimuksessa erotetaan toisistaan tunnetason yksinäisyys ja sosiaalinen eristyneisyys, jota voidaan arvioida esimerkiksi sosiaalisten suhteiden määrällä. Myös tunnetason yksinäisyys määritetään tutkimuskirjallisuudessa monilla eri tavoilla. Tunnetason yksinäisyydellä voidaan tarkoittaa esimerkiksi tunnetilaa, joka kuvaa vajavaisuutta sosiaalisissa suhteissa tai sosiaalisten suhteiden laadusta johtuvaa emotionaalista ahdistusta. Yksinäisyys ei tarkoita samaa asiaa kuin yksinolo, sillä yksinolo voi olla myös rauhallinen ja luova tila. Juuri kärsimystä voidaan pitää olennaisena osana yksinäisyyden kokemuksessa, ja kärsimyksen voidaan ajatella erottavan yksinäisyyden miellyttävästä yksinolosta. (Tirkkonen, 2019.)

Esimerkiksi Dahlberg (2007) erottaa yksinäisyyden kahteen luokkaan. Ensimmäinen on "yksinäisyys ilman toisia", ja toinen on "yksinäisyys toisten kanssa". Kumpikin yksinäisyyden muoto voi näyttäytyä yksilön elämässä lukuisilla eri tavoilla. Yksinäisyys ilman toisia käsitetään yksinoloksi, jossa ihminen tulee vastoin tahtoaan toisten ihmisten torjumaksi. Dahlbergin mukaan yksinäisyyden kokemus on vahvempaa ja syvempää silloin, kun ihminen tulee läheisten ja tärkeiden ihmisten torjumaksi kuin silloin, kun ihminen ei ole yleisesti ottaen ihmisten ympäröimä. Läheisten torjumaksi tuleminen tarkoittaa tässä yhteydessä sitä, että läheiset eivät ole, eivätkä halua olla samassa tilassa kuin yksinäisyyttä kokeva ihminen. Kun ihminen kokee tulevansa läheistensä torjumaksi, hän saattaa tuntea olevansa ulkopuolinen, tarpeeton ja unohdettu. Yksinäisyyteen ilman toisia liittyy Dahlbergin mukaan kontekstin puute. Tämä näyttäytyy niin, että yksilön arkiset tekemiset eivät ole merkityksellisiä toisille ihmisille, eivätkä ne liity mihinkään laajempaan kontekstiin. Yksinäisyyden toinen muoto, yksinäisyys toisten kanssa, ilmenee Dahlbergin mukaan silloin, kun ihminen on muiden ihmisten ympäröimänä, mutta ihmissuhteet eivät tarjoa aitoa toveruutta, vaan jotain pinnallista. Keskeistä tälle yksinäisyyden muodolle on yhteyden tunteen puuttuminen. Tällaista yksinäisyyttä voi kokea myös läheisissä ihmissuhteissa, kuten parisuhteessa. (Dahlberg, 2007.)

Yksinäisyydelle on olemassa useita erilaisia määritelmiä, mutta tässä pro gradu -tutkielmassa yksinäisyys käsitetään Robert Weissin (1973) määritelmän mukaisesti kaksiulotteisena ilmiönä. Robert Weissin vuonna 1973 julkaistua teosta *Loneliness: The Experience of*

Emotional and Social Isolation voidaan pitää ensimmäisenä yksinäisyystutkimuksen kirjana. Weissin kirjassaan esittelemään yksinäisyyden määritelmään viitataan useissa yksinäisyyttä käsittelevissä tutkimuksissa, ja siksi se on valikoitunut myös tämän tutkielman teoreettiseksi perustaksi. (Junttila, 2016; Weiss, 1973.) Weissin mukaan yksinäisyydellä on kaksi ulottuvuutta: sosiaalinen ja emotionaalinen (*the loneliness of social and emotional isolation*). Weiss esittää, että läheisten, luottamuksellisten ja merkityksellisten ihmissuhteiden puuttuminen johtaa emotionaaliseen yksinäisyyteen. Sosiaalinen yksinäisyys puolestaan johtuu hänen mukaansa siitä, että yksilöllä ei ole sellaisia hyvin toimivia sosiaalisia verkostoja, jotka täyttäisivät tämän sosiaaliset tarpeet. Sosiaalinen yksinäisyys voidaan Weissin mukaan korjata vain liittymällä sosiaaliset tarpeet täyttävään verkostoon. (Weiss, 1973, s. 82–93.)

Weissin (1973) mukaan sosiaaliset suhteet voivat tarjota ihmiselle kiintymystä, sosiaalista integraatiota, luotettavan liiton, ohjausta, arvon varmistusta tai mahdollisuuden hoivaan. Näiden tarpeiden täyttymistä kaikki yksilöt voivat vaatia ihmissuhteissaan, ainakin joissain määrin. Yksittäinen ihmissuhde ei voi vastata jokaiseen osa-alueeseen liittyvien tarpeiden täyttymisestä, vaikka läheinen suhde (esimerkiksi puolisoon) voi kyllä täyttää useamman kuin yhden tarpeen. Siksi ihmisen on pidettävä yllä useita näiden tarpeiden täyttämiseen vaadittavia suhteita pysyäkseen terveenä. Weissin mukaan yksinäisyys on seurausta siitä, että yksi tai useampi kuudesta sosiaalisesta tarpeesta jää täyttymättä. Hän ehdottaa, että emotionaalinen yksinäisyyden taustalla on tarve emotionaaliselle kiintymykselle, kun taas sosiaalisen yksinäisyyden taustalla on tarve sosiaaliselle integraatiolle. Weiss arvelee, että kaikkeen yksinäisyysoireiluun liittyy kaipuu ihmissuhteisiin, jotka motivoivat ihmistä saavuttamaan täyttämättä jääneet tarpeet. (Weiss, 1973, s. 82–93.)

Yksinäisyydellä voidaan ajatella olevan ajallinen ulottuvuus, ja yksilön sille antamat merkitykset ovat kulttuurisidonnaisia. Yksilön käsitys yksinolon tarkoituksesta ja vaikutuksista voivat olla erilaisia eri kulttuureissa. Lisäksi yksinäisyyden merkitys voi vaihdella myös saman kulttuurin sisällä eri aikakausina esimerkiksi normien muuttuessa. (Kangasniemi, 2005.) Weissin mukaan emotionaalinen yksinäisyys aktivoituu melko pian, kun läheinen ihmissuhde puuttuu. Sosiaalinen yksinäisyys taas muodostuu pidemmän ajan kuluessa. (Weiss 1973, s. 36.) Andersson ja kumppanit (1987) esittävät, että emotionaalinen yksinäisyys on joko läsnä tai poissa, kun taas sosiaalinen yksinäisyys on luonteeltaan jatkumo, ja sen määrä voi vaihdella eri tilanteissa (Andersson ym., 1987, s. 128). Kangasniemen (2005) mukaan emotionaalinen yksinäisyys voi olla seurausta lapsuuden kokemusten aiheuttamasta kyvyttömyydestä muodostaa ja ylläpitää syviä ihmissuhteita. Sosiaaliseen yksinäisyyteen liittyy hänen mukaansa sosiaalisen identiteetin ja omanarvontunteen vahvistaminen, ja se on vahvemmin yhteydessä nykyhetkeen. (Kangasniemi, 2005.)

3.2. Emotionaalinen yksinäisyys ja sen arviointi

Emotionaalisen yksinäisyyden, eli läheisten, luottamuksellisten ja merkityksellisten ihmissuhteiden puuttumisen, arvioimiseksi on kehitetty useita erilaisia arviointimenetelmiä. Yksinäisyyttä voidaan arvioida esimerkiksi kysymällä vastaajalta suoraan, tunteeko tämä itsensä yksinäiseksi. Kysymys on selkeä, ja se on helppo ymmärtää. Sisältövaliditeetin on havaittu olevan hyvä, kun yksinäisyydestä kysytään suoraan yksittäisellä kysymyksellä. (Bowling, 1997, s. 91–110.) Validiteetilla tarkoitetaan arviointivälineen pätevyyttä mitata riittävän kattavasti ja tehokkaasti juuri sitä, mitä sen on tarkoitus mitata (KvantiMOTV, ei pvm.). Yksinäisyyteen kuitenkin liittyy negatiivisia mielikuvia ja häpeäleima, eli se on stigmatisoiva ilmiö. Tämän vuoksi yksinäisyyden tunteista puhumista voidaan hävetä. Yksinäisyyteen liittyvä häpeäleima voi johtaa yksinäisyyden kokemusten vähättelyyn ja aliraportointiin, jos kokemuksista kysytään suoraan kysymyksillä, jotka sisältävät sanan ”yksinäisyys”. Suoraan kysyttäessä naiset raportoivat olevansa yksinäisiä useammin kuin miehet. Mutta, kun yksinäisyyttä mitataan epäsuorasti, tilastollisesti merkitseviä eroja havaitaan harvemmin sukupuolten välillä. Jos sukupuolten välillä havaitaan eroja, miesten yksinäisyyttä kuvaavat pistemäärät ovat yleensä korkeammat kuin naisten. On olemassa viitteitä siitä, että yksinäisiin miehiin suhtaudutaan kielteisemmin kuin yksinäisiin naisiin, mikä saattaa selittää sitä, miksi miehet raportoivat kokevansa yksinäisyyttä naisia harvemmin, jos asiasta kysytään heiltä suoraan. (Borys & Perlman, 1985; Lau & Gruen, 1992.)

Emotionaalista yksinäisyyttä voidaan arvioida myös erilaisilla kyselylomakkeilla, joista osassa ei viitata sanaan yksinäisyys lainkaan ja osassa mainitaan yksinäisyys yhdessä tai useammassa kysymyksessä. Esimerkiksi yksinäisyysmittari UCLA *(University of California, Los Angeles)* on yleinen yksinäisyyden mittaamiseen käytetty työkalu. Se arvioi niin vastaajan subjektiivista kokemusta yksinäisyydestä kuin sosiaalista eristyneisyyttä. Alkuperäinen UCLA-mittari sisältää 20 kysymystä, mutta myöhemmin siitä on julkaistu myös lyhennettyjä versioita. (Russel, 1996; Russell ym., 1978.) Koetun yksinäisyyden arviointia epäsuorilla kysymyksillä viittaamatta nimenomaisesti yksinäisyyteen on kritisoitu, sillä tämän on katsottu vähentävän sisältövaliditeettia (ks. esim. Shaver & Brennan, 1991). Monia mittareita, joissa ei suoraan viitata yksinäisyyteen, voidaan kuitenkin pitää valideina, sillä niiden on havaittu korreloivan itseilmoitetun yksinäisyyden kanssa (de Jong Gierveld ym., 2006). UCLA-mittarissa yksinäisyyden emotionaalista ulottuvuutta arvioidaan muun muassa kysymällä vastaajalta, kuinka usein hän tuntee läheisyyttä muiden ihmisten kanssa ja kuinka usein hänestä tuntuu, että hän voi puhua ongelmistaan jonkun läheisensä kanssa. Englanniksi kysymykset ovat "*How often do you feel close to people*?" ja "*How often do you feel that you can talk to someone close to you about your personal problems*?". (Russell ym., 1978.)

3.3. Sosiaalisen yksinäisyys ja sen arviointi

Yksinäisyyden sosiaaliseen ulottuvuuteen, eli yksilön sosiaalisten verkostojen puutteeseen, viitataan englanninkielisessä tutkimuskirjallisuudessa usein termillä ”*social isolation*”. Sosiaalisella yksinäisyydellä voidaan ajatella olevan sekä määrällinen että laadullinen ulottuvuus. Sosiaalisen yksinäisyyden määrällistä ulottuvuutta voidaan arvioida esimerkiksi kysymällä tutkittavan ystävyyssuhteiden määrästä. Laadullista ulottuvuutta voidaan puolestaan arvioida esimerkiksi tarkastelemalla, kuinka läheiseksi tutkittava kokee suhteensa omaan sosiaaliseen verkostoonsa. Yksinasumista tai kotitalouden jäsenten määrää pidetään usein sosiaalista eristyneisyyttä tarkasteltaessa merkityksellisinä tekijöinä. (van Tilburg & de Jong Gierveld, 2024.) Sosiaalisen eristyneisyyden arviointiin on kehitetty erilaisia instrumentteja. Esimerkiksi Nicholson ja kumppanit (2020) ovat kehittäneet ikääntyneiden sosiaalisen eristyneisyyden arvioimiseksi kolmeosaisen instrumentin. Instrumentilla arvioidaan, kuinka usein vastaaja tapaa perhettään, ystäviään tai naapureitaan kasvotusten, kuinka usein hän on yhteydessä muiden kanssa puhelimen, sähköpostin, internetin tai videoyhteyden välityksellä ja kuinka monta läheistä ihmissuhdetta vastaajalla on. (Nicholson ym., 2020.) Lisäksi yksinäisyyden sosiaalista ulottuvuutta on arvioitu samantyyppisillä kysymyksillä esimerkiksi jo aiemmin mainitussa UCLA-mittarissa. UCLA-mittarissa yksinäisyyden sosiaalista ulottuvuutta on arvioitu 10 kysymyksellä. Yksinäisyyden sosiaalista ulottuvuutta arvioidaan muun muassa kysymällä, kuinka usein vastaaja kaipaa seuraa ja kuinka usein vastaaja kokee, että muut eivät jaa hänen kanssaan samoja ajatuksia ja kiinnostuksen kohteita. Englanniksi kysymykset ovat ”*How often do you feel that you lack companionship*?” ja "*How often do you feel that your interests and ideas are not shared by those around you*?". (Russell ym., 1978.)

3.4. Ikääntyneiden yksinäisyys

Yksinäisyyden tunteminen on yleistä kehittyneissä maissa (Cacioppo & Cacioppo, 2018). Väestötasolla tarkasteltaessa yksinäisyyttä tuntevien 18–79-vuotiaiden suomalaisten määrä pysyi melko vakaana vuosien 1994 ja 2016 välillä. Yksinäisyyttä tuntevien osuus kuitenkin kolminkertaistui vuosina 2016–2022. Vuonna 2016 yksinäisyyttä usein tai jatkuvasti tuntevien osuus oli noin viisi prosenttia ja vuonna 2022 yksinäisyyttä tuntevien osuus oli kasvanut 16 prosenttiin. Yksinäisyyden tuntemisessa on havaittavissa eroa sukupuolten välillä. Naiset raportoivat yksinäisyyden tuntemisesta hieman todennäköisemmin kuin miehet. Vuonna 2016 noin kuusi prosenttia 18–79-vuotiaista miehistä ja seitsemän prosenttia naisista ilmoitti tuntevansa yksinäisyyttä usein tai jatkuvasti. Vuonna 2022 yksinäisyyttä tuntevien miesten osuus oli noussut 19 prosenttiin ja naisten lähes 22 prosenttiin. (Laaninen & Niemelä, 2023.) Finterveys 2017 -tutkimuksessa havaittiin, että vaikka naiset pitivät miehiä todennäköisemmin

yhteyttä sukulaisiinsa ja ystäviinsä, ja naisilla oli miehiä todennäköisemmin vähintään yksi läheinen ystävä, naiset ilmoittivat tuntevansa yksinäisyyttä todennäköisemmin kuin miehet lähes kaikissa ikäryhmissä. 30 vuotta täyttäneistä suomalaisista miehistä 17 prosenttia ja naisista 9 prosenttia ilmoitti vuonna 2017, että heillä ei ole yhtään läheistä ystävää. (Martelin ym., 2018.)

Yksinäisyyden tunteminen näyttäisi olevan iäkkäillä yleisempää kuin nuoremmilla ikäryhmillä; tämä selittynee kuitenkin elämänkulkuun liittyvillä tekijöillä eikä itse iällä (Jylhä, 2004). Muun muassa kumppanin menettämisen, sosiaalisen toiminnan ja suhteiden vähenemisen, fyysisen toimintakyvyn laskun sekä matalan mielialan, tarpeettomuuden ja hermostuneisuuden tunteiden lisääntymisen on havaittu liittyvän yksinäisyyden tunteen voimistumiseen (Aartsen & Jylhä, 2011). Tutkimuksissa on havaittu, että 80 vuotta täyttäneet tuntevat muuta väestöä todennäköisemmin yksinäisyyttä. Vuonna 2017 noin viisi prosenttia 70–79-vuotiaista miehistä ja noin yhdeksän prosenttia samanikäisistä naisista ilmoitti tuntevansa yksinäisyyttä. Samana vuonna yksinäisyyttä tuntevien 80 vuotta täyttäneiden miesten osuus oli 12 prosenttia ja naisten 15 prosenttia. (Martelin ym., 2018.) Myös ikääntyneiden yksinäisyys näyttäisi lisääntyneen. 33 prosenttia 75–84-vuotiaista suomalaisista ja 46 prosenttia yli 84-vuotiaista suomalaisista tunsi itsensä koko ajan tai suurimman osan ajasta yksinäiseksi vuonna 2022 (Tilastokeskus, 2023).

Yksinäisyyden on havaittu olevan yhteydessä työllisyystilanteeseen. Ikääntyneistä suuri osa on jo eläkkeellä, joten työssäkäynnin vaikutus yksinäisyyteen yli 65-vuotiaiden ikäryhmässä ei ole kovinkaan merkittävä. Lisäksi matalamman koulutus- ja tulotason on havaittu olevan yhteydessä korkeampaan yksinäisyyteen. Kuitenkin, kun tutkimuksissa on kontrolloitu tulotaso ja työllisyystilanne, koulutustason ja yksinäisyyden välinen yhteys on heikentynyt tai muuttunut jopa päinvastaiseksi. Onkin todennäköistä, että koulutustason vaikutus yksinäisyyteen on epäsuora ja vaikutus tapahtuu esimerkiksi juuri tulotason kautta. (Luhmann & Hawkley, 2016.)

3.5. Yksinäisyyden kokemisen yhteys terveyteen

Iäkkäiden yksinäisyys on yhteydessä moniin haitallisiin fyysisiin ja psyykkisiin terveysvaikutuksiin. Ikääntymiseen liittyvän toimintakyvyn laskun ja korkeamman sairastavuuden vuoksi iäkkäät ovat nuorempia ikäryhmiä alttiimpia kärsimään yksinäisyyteen liittyvistä haitallisista terveysvaikutuksista. (Chih-Kuang Liang ym., 2024.) Esimerkiksi yksinäisyyden sekä sydän- ja verisuonisairauksien välistä yhteyttä on tutkittu paljon. Vuonna 2016 julkaistussa meta-analyysissä tarkasteltiin yksinäisyyden ja sosiaalisen eristyneisyyden sekä sepelvaltimotaudin ja aivohalvauksen välistä yhteyttä korkean tulotason maissa. Tulokset osoittivat, että puutteellisiin sosiaalisiin suhteisiin liittyi noin 30 prosenttia kohonnut riski sairastua sepelvaltimotautiin ja aivohalvaukseen. (Valtorta ym., 2016.) Yksinäisyyden on

havaittu olevan myös yhteydessä korkeampaan kuolleisuuteen. Yksinäisyyden ja yleisen kuolleisuusriskin välinen yhteys näyttäisi olevan hieman voimakkaampi miehillä kuin naisilla. (Rico-Uribe ym., 2018.)

Tanskalaistutkimuksessa havaittiin, että yksinäisyys lisää riskiä fyysisen toimintakyvyn laskulle, monille samanaikaiselle diagnooseille sekä huonolle itsearvioidulle terveydelle keski-ikäisillä ja sitä vanhemmilla henkilöillä (Jessen ym., 2018). Sosiaalisten suhteiden laatu näyttäisi selittävän yksilön koettua terveyttä paremmin kuin sosiaalisten suhteiden määrä (Pinquart & Sörensen, 2000). Yksinäisyyden ja erilaisten terveyshaittojen välistä syy-seuraussuhdetta on kuitenkin vaikea arvioida (Courtin & Knapp, 2017). Esimerkiksi vuonna 2017 julkaistusta suomalaisesta haastattelututkimuksesta käy ilmi, että ikääntyneet kokevat terveyteen ja toimintakykyyn liittyvien ongelmien vaikuttavan yksinäisyyttä lisäävästi (Kangassalo & Teeri, 2017).

Yksinäisten iäkkäiden henkilöiden on havaittu käyttäytyvän todennäköisemmin terveydelle haitallisilla tavoilla verrattuna henkilöihin, jotka eivät ole yksinäisiä. Yksinäisillä on esimerkiksi kohonnut riski tupakoida tai olla fyysisesti passiivisia. Lisäksi yksinäiset raportoivat todennäköisemmin useista samanaikaisista terveydelle haitallisista käyttäytymistavoista kuin henkilöt, jotka eivät koe yksinäisyyttä. (Shankar ym., 2011.) Kiinalaistutkimuksessa havaittiin, että henkilöt, jotka tuntevat itsensä usein yksinäiseksi, juovat todennäköisemmin alkoholia verrattuna henkilöihin, jotka kokevat itsensä yksinäiseksi vain satunnaisesti (Adebisi ym., 2024). Onkin arvioitu, että juuri haitallinen terveyskäyttäytyminen selittäisi yksinäisyyden ja monien negatiivisten terveysvaikutusten välistä yhteyttä (Chih-Kuang Liang ym., 2024).

Sekä emotionaalinen että sosiaalinen yksinäisyyden muoto ovat haitallisia, ja pidempään jatkuessaan ne saattavat johtaa syrjäytymisen kokemukseen ja itseluottamuksen menetykseen. Emotionaalinen yksinäisyys on yksinäisyyden muodoista pitkään jatkuessaan haitallisempaa kuin sosiaalinen yksinäisyys. Yksinäiseksi itsensä kokeva voi tuntea tarkoituksettomuuden ja alemmuuden tunteita, ahdistusta sekä ikävystymistä. Mitä pidempään koettu yksinäisyys jatkuu sitä vakavampia ovat sen seuraukset. Kauan jatkunut yksinäisyys voi aiheuttaa esimerkiksi itsetuhoista käytöstä, sosiaalisia pelkoja, masennusta ja psykoottisuutta. (O'Súilleabháin ym., 2019.)

Erilaiset negatiiviset tunteet liittyvät niin masennukseen kuin yksinäisyyteenkin, joten niiden erottaminen tutkimuksissa voi olla haasteellista. Toisaalta yksinäisyys lisää riskiä sairastua myöhemmin masennukseen, ja toisaalta masennuksesta kärsivät potilaat tuntevat itsensä yksinäiseksi todennäköisemmin kuin muu väestö. (Chih-Kuang ym., 2023.) Sen lisäksi, että yksinäisyys näyttäisi lisäävän riskiä masennusoireiden kehittymiselle, se saattaa pahentaa jo ilmaantuneita masennusoireita iäkkäillä henkilöillä. Lisäksi yksinäisyyden on havaittu estävän

masennuksen lievittymistä. (Noguchi ym., 2021; Van As ym., 2022.) Sellaiset sosiaaliset suhteet, joissa ihminen kokee turvallisuuden tunnetta ja emotionaalista yhteenkuuluvuuden tunnetta, näyttäisivät puolestaan pienentävän riskiä sairastua masennukseen (Tiikkainen & Heikkinen, 2005).

Kiinnostus tutkia yksinäisyyden ja kognition tason heikkenemisen välistä yhteyttä on lisääntynyt viime vuosina, mutta tieteellinen näyttö yhteydestä on ristiriitaista. Yksinäisyyden on havaittu lisäävän riskiä sairastua eri syistä johtuvaan dementiaan, lukuun ottamatta vaskulaarista dementiaa (Sundström ym., 2020). Tutkimuksessa, jossa tarkasteltiin yksinäisyyden ja Alzheimerin taudin välistä yhteyttä, havaittiin, että riski sairastua oli yli kaksinkertainen yksinäisillä verrattuna henkilöihin, jotka eivät olleet yksinäisiä. Yksinäisillä havaittiin olevan alhaisempi kognition taso tutkimuksen alussa. Lisäksi kognition tason heikkeneminen oli neljän vuoden seurannan aikana nopeampaa niillä, jotka olivat seurannan alussa yksinäisiä verrattuna niihin, jotka eivät kokeneet yksinäisyyttä seurannan alussa. Yksinäisyyden kokemuksessa ei tapahtunut seurannan aikana merkittävää muutosta. (Wilson ym., 2007.)

4. PUOLISON AUTTAMINEN

4.1. Läheisen auttamisen yleisyys

Läheisavun tarjoaminen on Suomessa yleistä. FinTerveys 2017 -tutkimukseen vastanneista naisista noin 12 prosenttia ja miehistä noin kuusi prosenttia ilmoitti toimineensa joskus omaishoitajana. Kyselyhetkellä naisista kaksi prosenttia ja miehistä alle kaksi prosenttia toimi virallisena omaishoitajana. (Koskinen, Sainio ym., 2018.) Läheisavun tarjoaminen on kuitenkin useimmiten epävirallista. Vuonna 2013 noin 30 prosenttia 18–79-vuotiaista suomalaisista ilmoitti auttavansa vanhuuden, vammaisuuden tai sairauden vuoksi apua tarvitsevaa läheistään. Läheisiään auttavien osuus oli samansuuruinen myös vuosina 2006 ja 2009. Väestötasolla tämä tarkoittaa, että noin 1,2 miljoonaa 18–79-vuotiasta suomalaista auttaa toimintakyvyltään rajoittunutta sukulaista tai ystävää selviämään arjestaan. Koko aikuisväestössä lukumäärä on vielä tätäkin suurempi, sillä esitetyistä luvuista puuttuvat yli 80-vuotiaat läheisiään auttavat henkilöt. (Vilkko ym., 2014.) Puolisot ja kumppanit tarjoavat merkittävän osan läheisavusta ikääntyneiden keskuudessa Euroopassa (Bertogg & Strauss, 2020). FinnTerveys 2017 -tutkimuksen mukaan 65 vuotta täyttäneistä suomalaisista miehistä 11 prosenttia ja naisista 12 prosenttia auttaa säännöllisesti samassa kotitaloudessa asuvaa toimintakyvyltään heikentynyttä henkilöä. Avun tarve lisääntyy iän mukana naisilla jyrkemmin kuin miehillä. 65 vuotta täyttäneistä suomalaisista kotona asuvista naisista noin joka viides ja miehistä noin joka seitsemäs sai apua heikentyneen toimintakyvyn vuoksi. (Koskinen, Sainio ym., 2018.)

4.2. Sukupuolten väliset erot auttamisessa

Euroopassa sekä miehet että naiset tarjoavat epävirallista apua puolisoilleen riippumatta sosioekonomisista tekijöistä (Bertogg & Strauss, 2020). Suomessa naiset auttavat läheisiään hieman enemmän kuin miehet. Sukupuolten välillä on havaittu olevan eroa siinä, minkälaista apua he läheisilleen tarjoavat. Naisten läheisilleen tarjoama apu on useammin hoivaavaa apua, kun taas miehet tarjoavat useammin käytännöllistä apua. (Vilkko ym., 2014.) Miesten suhtautuminen puolison auttamiseen on usein tehtäväkeskeistä. Miehet saattavat suhtautua puolisonsa auttamiseen samalla tavalla kuin aikaisemmin työtehtäviinsä työelämässä. He pyrkivät saamaan elämänsä takaisin hallintaansa muokkaamalla avustamistehtäviä hallittaviksi rutiineiksi. (Robinson ym. 2014.) Miehet saattavat kokea hoivaavan roolin ottamisen haastavaksi sukupuolinormeista johtuen (Russell, 2007). Kuitenkin joissain tutkimuksissa on havaittu, että miehet voivat sopeutua nopeastikin uuteen rooliinsa vaimonsa hoivaajina (Sanders & Power, 2009).

Sukupuolten välillä on eroa myös siinä, huolehtivatko avun tarjoajat yksin toimintakyvyltään heikentyneestä tai sairaasta puolisostaan, kuinka paljon he saavat tukea muilta perheenjäseniltä vai ulkoistavatko he hoidon kokonaan. Miehet jakavat naisia todennäköisemmin puolison auttamiseen liittyviä tehtäviä epävirallisesti muiden perheenjäsenten kanssa. Naisten ja miesten välillä ei näyttäisi olevan eroa siinä, kuinka paljon he tukeutuvat viralliseen apuun puolison hoidossa (Bertogg & Strauss, 2020). Naiset raportoivat kuitenkin olevansa miehiä useammin vuorovaikutuksessa terveydenhuoltojärjestelmään puolison auttamiseen liittyen. Naiset raportoivat miehiä todennäköisemmin auttamiseen liittyvistä emotionaalisista ja fyysisistä vaikeuksista, mutta sukupuolten välillä ei näyttäisi olevan eroa siinä, kuinka palkitsevaa he kokevat puolison auttamisen olevan. (Polenick ym., 2017.)

4.3. Omaishoito auttamisen muotona

Laissa omaishoidon tuesta (L937/2005) omaishoidolla tarkoitetaan ”vanhuksen, vammaisen tai sairaan henkilön hoidon ja huolenpidon järjestämistä kotioloissa omaisen tai muun hoidettavalle läheisen henkilön avulla”. Omaishoitajalla puolestaan tarkoitetaan ”hoidettavan omaista tai muuta hoidettavalle läheistä henkilöä, joka on tehnyt omaishoitosopimuksen”. (Finlex, ei pvm.) Omaishoitajaliiton mukaan tämä määritelmä on suppea, ja omaishoitajuuden voi käsittää myös laveammin. Suomessa noin 80 prosenttia hoivasta on läheisten vastuulla. Pääasiallisia auttajia on Suomessa noin 350 000 ja noin 60 000 auttamistilanteista on vaativia ja sitovia. Sopimusomaishoitajia on Suomessa kuitenkin vain hieman yli 50 000. (Omaishoitajaliitto, ei pvm.) Kansainvälisessä kirjallisuudessa omaishoitajiin viitataan usein termillä ”*informal caregiver*”. Esimerkiksi Tur-Sinai ja kumppanit (2020) määrittelevät omaishoitajan henkilöksi, joka vapaaehtoisesti hoitaa vähintään kerran viikossa sairautensa tai vammansa vuoksi apua tarvitsevaa henkilöä. Määritelmän mukaan omaishoitotyö ei ole sopimukseen perustuvaa, se tapahtuu ammattimaisen ja virallisen kehyksen ulkopuolella, eikä siitä makseta palkkaa. (Tur-Sinai ym., 2020.) Purhonen kumppaneineen (2011) huomauttaa, että omaisiaan auttavat henkilöt eivät aina tunnista omaishoitotilannetta tai tunnista olevansa omaishoitajia. Suurin osa läheisiään arjessa auttavista henkilöistä ei ole edes ajatellut olevansa omaishoitaja. Vain pieni osuus henkilöistä, jotka auttavat säännöllisesti läheistään, on virallisen omaishoidon tuen piirissä. Purhosen ja kumppaneiden mukaan omaishoitotilanteet jäävät usein tunnistamatta, ja suurin osa omaishoitajista jää lakisääteisen tuen ulkopuolelle. Vaikka omaishoitosuhteen usein katsotaan toteutuvan vain virallisessa hoitosuhteessa, omaishoitotilanteen olemassaolo ei kuitenkaan riipu virallisesta sopimuksesta tai tuesta. (Purhonen ym., 2011.) Englanninkielinen termi ”*caregiving*” on käännetty tässä pro gradu -tutkielmassa auttamiseksi.

4.4. Puolisoaan säännöllisesti auttavien iäkkäiden terveys

Sairaan tai toimintakyvyltään heikentyneen puolison auttaminen on yhteydessä moniin kielteisiin taloudellisiin, sosiaalisiin ja terveydellisiin vaikutuksiin. Puolisoaan auttavilla henkilöillä on kohonnut riski heikentyneen fyysisen ja psyykkisen toimintakyvyn aiheuttamiin terveysongelmiin verrattuna henkilöihin, jotka eivät auta puolisoaan. (Capistrant, 2016.) Sairaan tai toimintakyvyltään heikentyneen puolison auttaminen on yhteydessä kohonneeseen riskiin sairastua sydän- ja verisuonisairauksiin (Capistrant, Moon, Berkman ym., 2012), korkeaan verenpaineeseen (Capistrant, Moon & Glymour, 2012) sekä masennusoireisiin (Capistrant ym., 2014). Puolisoaan säännöllisesti auttavavilla on havaittu myös voimakkaampaa kognitiivisen toimintakyvyn laskua, rasittuneisuutta, ahdistusta, stressiä ja masennusta verrattuna naimisissa oleviin henkilöihin, jotka eivät auta puolisoaan (Lavela & Ather, 2010). Omaistaan säännöllisesti auttavan henkilön korkea kuormittuneisuus näyttäisi vaikuttavan negatiivisesti auttajan terveyskäyttäytymiseen lisäten esimerkiksi alkoholin ongelmakäytön riskiä (Rospenda ym., 2010).

Sukupuolten välillä on havaittu eroa siinä, miten puolison auttaminen vaikuttaa auttavan osapuolen terveyteen. Muistisairasta puolisoaan säännöllisesti auttavat miehet kärsivät muistisairasta puolisoaan säännöllisesti auttavia naisia todennäköisemmin uniongelmista (Mills ym., 2009). Puolison muistisairauden puhkeaminen näyttäisi lisäävän myös terveen puolison riskiä sairastua muistisairauteen, ja tämä riski on miehillä suurempi kuin naisilla. Muistisairauden kasvanut riski saattaa johtua kroonisesta ja vakavasta stressistä, joka liittyy muistisairaan puolison auttamiseen. (Norton ym., 2010.) Toimintakyvyltään heikentyneen tai sairaan puolison auttaminen näyttäisi lisäävän naisilla todennäköisyyttä käyttää reseptilääkkeitä sekä terveydenhuollon palveluja (Zwart ym., 2017).

4.5. Mahdolliset syyt ikääntyvien puolisoaan auttavien yksinäisyydelle

Osa sairasta tai toimintakyvyltään heikentynyttä puolisoaan auttavista kokee auttamisen palkitsevana ja tyydytystä tuovana toimintana. Toiset taas saattavat kokea auttamisen taakkana, johon liittyy suuri vastuu autettavan osapuolen hyvinvoinnista. Siihen, kuinka kuormittavaksi auttaja kokee auttamisen, vaikuttaa esimerkiksi auttajan sukupuoli ja terveydentila sekä erilaiset selviytymisstrategiat. (Lindt ym., 2020.) Tällaisia selviytymisstrategioita voivat olla esimerkiksi uuvuttavasta tilanteesta puhuminen jollekin ulkopuoliselle tai reseptilääkkeiden käyttö (Fee ym., 2023). Juuri puolison auttamisen on havaittu olevan yhteydessä korkeaan kuormittuneisuuteen, sillä puolisoaan auttavat asuvat todennäköisesti autettavan kanssa yhdessä ja käyttävät auttamiseen enemmän aikaa verrattuna sellaisiin auttajiin, jotka eivät asu autettavan kanssa yhdessä (Schulz ym., 2020).

Pitkäaikaisen auttamisen aiheuttama uupuminen saattaa johtaa psyykkiseen kuormitukseen sekä lisääntyneisiin ahdistuksen ja masennuksen tunteisiin (Del-Pino-Casado ym., 2019). Nämä oireet voivat vaikuttaa negatiivisesti henkilökohtaisten ihmissuhteiden laatuun ja sitoutumiseen sosiaaliseen toimintaan, mikä puolestaan voi lisätä sosiaalista eristäytymistä ja yksinäisyyden kokemuksia (Schulz ym., 2020). Sairasta tai toimintakyvyltään heikentynyttä puolisoaan auttavat raportoivat usein myös kärsivänsä uniongelmista (Byun ym., 2016). Unettomuus saattaa entisestään vähentää sosiaalista osallistumista ja lisätä auttavan osapuolen yksinäisyyden kokemuksia (Rafnsson, 2024).

Iäkkäiden sairasta tai toimintakyvyltään heikentynyttä puolisoaan auttavien henkilöiden sosiaalinen verkosto näyttäisi kutistuvan riippumatta siitä, mistä sairaudesta autettava puoliso kärsii. Sosiaalisen verkoston kutistuminen selittynee monilla tekijöillä, jotka eivät kaikki liity omaisen auttamiseen. Esimerkiksi samanikäisten ystävien sairastumiset ja menehtymiset aiheuttavat sosiaalisen verkoston kutistumista. Verkoston kutistumista saattaa edistää myös se, että omaistaan auttava ja avun vastaanottaja joutuvat sairauden edetessä luopumaan harrastuksistaan tai järjestötoiminnasta. Toisaalta omaisen auttamisen myötä sosiaalinen verkosto saattaa myös laajentua esimerkiksi vertaisryhmien tai potilasjärjestötoiminnan kautta. Usein puolisoaan auttavien kokemus yksinäisyydestä liittyy ystävien etääntymiseen ja siihen, että henkilöllä ei ole tilanteessaan ketään, jonka kanssa jakaa vastuuta. Lisäksi dementoitunut puoliso saattaa esimerkiksi vaikeuttaa kanssakäymistä muiden ihmisten kanssa. (Eskola & Saarenheimo, 2005.) Autettavan osapuolen kroonisen sairauden eteneminen saattaa vähentää puolisoaan auttavan mahdollisuuksia sosiaaliseen vuorovaikutukseen ja johtaa jopa auttavan osapuolen sosiaalisen elämän loppumiseen. Apua tarjoava puoliso voi pelätä autettavan osapuolen jättämistä yksin kotiin edes lyhyeksi ajaksi ja jättäytyä tämän vuoksi pois harrastuksistaan. Lisäksi autettavan henkilön sairauden oireet, kuten kommunikointivaikeudet ja inkontinenssi, voivat aiheuttaa häpeää, mikä saattaa johtaa sosiaalisista kutsuista kieltäytymiseen. (Fee ym., 2023.)

Monet puolisoaan auttavat ovat kiitollisia puolisonsa seurasta ja mahdollisuudesta vastavuoroiseen parisuhteeseen (Fee ym., 2023). Puolison asteittain etenevä sairaus saattaa kuitenkin johtaa jätetyksi tulemisen kokemukseen parisuhteessa, mikä voi puolestaan johtaa lisääntyneeseen yksinäisyyden tunteeseen (Saarenheimo, 2005). Näin on erityisesti silloin, kun sairaus vaikeuttaa kommunikointia parisuhteessa. Puolisoaan auttava saattaa kokea puolisonsa keskustelukyvyn asteittaisen menetyksen tarkoittavan puolison ja kumppanin asteittaista menettämistä. Keskustelukyvyn menetys liittyy moneen krooniseen ja etenevään sairauteen. Kokemus keskusteluyhteyden menettämisestä puolison kanssa näyttäisi johtavan emotionaalisen yksinäisyyden kokemukseen. (Fee ym., 2023.) Yksinäisyyden kokeminen

saattaa liittyä myös sairaan puolison lähestyvään kuolemaan tai mahdolliseen pitkäaikaishoitoon ”joutumiseen” (Jylhä ym., 1996; Saarenheimo, 2005).

Sairasta tai toimintakyvyltään heikentynyttä puolisoaan auttavat kokevat usein, että heillä ei ole mahdollisuutta valita, auttaako vai ei (Schulz ym., 2020). Avioliiton solmineet saattavat ajatella, että avioliiton solmimiseen liittyvät lupaukset velvoittavat heitä pitämään huolta toisistaan. Puolisoaan auttavat saattavat kieltäytyä tarjotusta ulkopuolisesta avusta, jos he uskovat olevansa ainoita henkilöitä, jotka voivat hoitaa puolisonsa sairauden oireita. (Fee ym., 2023.) Saarenheimo (2005) esittää, että kulttuurissamme vallitsee ajatus, että sairaan puolison auttaminen on etenkin vaimon moraalinen velvollisuus. Sairasta puolisoaan auttavat voivat kokea hoitovastuun jakamisen moraalisesti ongelmalliseksi, ja sairasta puolisoaan auttavat perustelevatkin harvoin ulkopuolisen avun vastaanottamista omalla halullaan. (Saarenheimo, 2005.)

4.6. Puolisoaan auttavien henkilöiden kokema yksinäisyys

Puolisoaan auttavien kokemaa yksinäisyyttä on tarkasteltu kansainvälisessä tutkimuskirjallisuudessa paljon niin laadullisin kuin määrällisin menetelmin. Kotimaista kirjallisuutta aiheesta löytyy kuitenkin vain vähän. Joitakin tutkimuksia omaishoitajien yksinäisyydestä on tehty myös Suomessa. Vaikka tämän tutkimuksen kohteena ei ole viralliset omaishoitajat, on syytä olettaa, että puolisoaan auttavien joukossa on myös virallisen omaishoidontuen piirissä olevia. Raili Gothónin tutkimus vuodelta 1991 on tiettävästi ensimmäinen suomalainen omaishoitotutkimus. Tutkimuksen osallistujat koostuivat sekä sellaisista henkilöistä, jotka saivat kotihoidontukea että henkilöistä, jotka määrittelivät itsensä vanhaa ihmistä auttavaksi omaiseksi, mutta eivät olleet virallisen tuen piirissä. Gothóni jakaa omaistaan auttavat neljään ryhmään: väsyneisiin ja yksinäisiin hoitajiin, auttamishaluisiin ja velvollisuudentuntoisiin hoitajiin, toivomuksia ja parannusehdotuksia esittäviin hoitajiin sekä työn ja hoidon välillä tasapainotteleviin hoitajiin. Väsyneiden ja yksinäisten hoitajien ryhmässä vaikeimmaksi tilanteensa kokivat ne henkilöt, joiden hoitopanosta pidettiin itsestään selvänä. Tähän ryhmään kuuluvat kokivat, että heillä ei ollut mahdollisuutta valita, auttaako omaistaan vai ei. Aviopuolisoaan auttavista tutkittavista 86 prosenttia koki, ettei heillä ollut tällaista valinnanmahdollisuutta. Omaistaan auttavista henkilöistä todennäköisimmin väsyneisiin ja yksinäisiin hoitajiin kuului iäkäs aviovaimo. (Gothóni, 1991, s. 39–40.)

Jylhä ja kumppanit (1996) tarkastelivat dementiapotilaiden omaisten kokemuksia liittyen elämään dementiaa sairastavan kanssa. Dementiapotilaiden aviopuolisoiden kokemuksia ja tunteita käsittelevissä 73 kirjeessä yksinäisyys mainittiin vain neljässä ja kaikki maininnat olivat naisten kirjeissä. Yksinäisyyden tunne liittyi joko puolison lähestyvään kuolemaan tai jo kuolleen puolison menettämiseen. Naisten kuvauksissa käytettiin enemmän myös positiivisia

tunneilmaisuja sekä tunneilmaisuja yleisesti, kun miehet kuvasivat tapahtumia ”tosiasioina”, joihin ei liitetty tunteita. (Jylhä ym., 1996, s. 68–78.) Myöhemmissä tutkimuksissa on havaittu, että yksinäisyyden kokemukset ovat yleisiä puolisoaan auttavien keskuudessa. Sihto ja kumppanit (2022) tarkastelivat tutkimuksessaan omaishoitajien arkea, omaishoitotilannetta ja palveluiden saatavuutta koronapandemian aikana. Tutkimukseen osallistuneista suomalaisista omaishoitajista noin kaksi kolmasosaa koki yksinäisyyttä, sosiaalista syrjäytyneisyyttä ja eristäytyneisyyttä koronapandemian vuoksi. Samoin noin kaksi kolmasosaa tutkittavista oli tyytymättömiä sosiaaliseen elämäänsä. Suomalaisten vastaajien osuus aineistosta oli kuitenkin verrattain pieni (n=309), ja näistäkin vastaajista vain 47 prosenttia ilmoitti omaishoidon vastaanottajaksi puolison. (Sihto ym., 2022.) Pöysti ja kumppanit (2012) tarkastelivat tutkimuksessaan sukupuolten välisiä eroja omaishoitajien kokemassa kuormituksessa. Omaishoitajien kuormitusta arvioitiin muun muassa kysymällä vastaajan yksinäisyyden kokemuksista. Muistisairaan puolisonsa omaishoitajana toimivien miesten ja naisten välillä ei havaittu tilastollisesti merkitsevää eroa yksinäisyyden kokemuksissa. Tutkimukseen osallistuneista miehistä noin 77 prosenttia ja naisista noin 67 ilmoitti kärsivänsä yksinäisyydestä vähintään joskus. (Pöysti ym., 2012.)

Kuten aikaisemmin todettiin, sairaan tai toimintakyvyltään heikentyneen puolison auttamisen ja yksinäisyyden välistä yhteyttä on tarkasteltu monissa kansainvälisissä tutkimuksissa. Aihetta on tutkittu monin erilaisin menetelmin, ja tutkimusnäyttö on epäjohdonmukaista. Esimerkiksi Smith ja kumppanit (2020) tarkastelivat läheisen auttamisen ja yksinäisyyden välistä yhteyttä väestöpohjaisessa pitkittäistutkimuksessa Englannissa. He havaitsivat kahdeksan vuoden seurannassa, että sairasta tai toimintakyvyltään heikentynyttä puolisoaan (tai muuta läheistään) päivittäisissä toiminnoissa auttavat kokivat ei-auttavia useammin yksinäisyyttä. (Smith ym., 2020.) Nämä havainnot ovat osittain ristiriidassa toisen englantilaisen väestöpohjaisen pitkittäistutkimuksen (Gallagher & Wetherell, 2020), kahden saksalaisen väestöpohjaisen pitkittäistutkimuksen kanssa (Hajek & König, 2019; Zwar ym., 2020) sekä norjalaisen pitkittäistutkimuksen (Hansen & Slagsvold, 2013).

Gallagherin ja Wetherellin (2020) tutkimuksessa puolisoaan tai muuta läheistään säännöllisesti auttavat raportoivat kolmen vuoden seurannan alussa kokevansa ei-auttajia useammin yksinäisyyttä, mutta seurannan lopussa erot auttajien ja ei-auttajien välillä eivät olleet tilastollisesti merkitseviä (Gallagher & Wetherell, 2020). Zwar ja kumppanit (2020) puolestaan havaitsivat, että siirtyminen auttajan rooliin oli tilastollisesti merkitsevästi yhteydessä lisääntyneeseen yksinäisyyteen miehillä, mutta ei naisilla tai molempia sukupuolia yhdessä tarkasteltaessa. Toisaalta tutkimuksessa havaittiin, että miehet, jotka alkoivat auttaa sairasta tai toimintakyvyltään heikentynyttä puolisoaan, raportoivat sosiaalisen verkoston kasvusta todennäköisemmin kuin verrokkinsa, jotka eivät auttaneet puolisoaan. Vastaavaa

yhteyttä puolison auttamisen ja sosiaalisen verkoston kasvun välillä ei havaittu naisilla tai koko tutkimusjoukolla. (Zwar ym., 2020.) Hajek ja König (2019) eivät myöskään havainneet yhteyttä läheisen auttamisen ja koetun yksinäisyyden välillä 12 vuoden seurantatutkimuksessa. Mutta sairasta ja toimintakyvyltään heikentynyttä puolisoaan tai muuta läheistään auttavat olivat ei-auttavia useammin yhteydessä ihmisiin, joita pitivät itselleen tärkeänä. (Hajek & König, 2019.) Myös Hansen ja Slagsvold (2013) havaitsivat, että puolison auttaminen on miehillä voimakkaammin yhteydessä yksinäisyyteen kuin naisilla (Hansen & Slagsvold, 2013).

Myös eurooppalaisissa poikittaistutkimuksissa, joissa on tarkasteltu puolison auttamisen ja yksinäisyyden välistä yhteyttä, on saatu ristiriitaisia tuloksia. Esimerkiksi Wagner ja Brandt (2018) tarkastelivat puolisoaan auttavien yksinäisyyttä 11 Euroopan maassa ja havaitsivat, että puolison auttaminen oli yhteydessä korkeampaan yksinäisyyteen (Wagner & Brandt, 2018). Norjalaistutkimuksessa puolestaan havaittiin, että samassa kotitaloudessa asuvan puolison (tai vanhemman) auttaminen on yhteydessä korkeampaan yksinäisyyteen naisilla, mutta ei miehillä (Hansen & Slagsvold, 2015). Nämä tulokset ovat osittain ristiriidassa esimerkiksi Ekwallin ja kumppaneiden (2005) tutkimuksessa saatujen tulosten kanssa. He havaitsivat, että puolisoaan auttavilla 75 vuotta täyttäneillä ruotsalaisilla on ei-auttavia laajempi sosiaalinen verkosto, ja että puolisoaan auttavat tuntevat vähemmän yksinäisyyttä kuin henkilöt, jotka eivät auta puolisoaan. (Ekwall ym., 2005.)

Puolison auttamisen ja yksinäisyyden välistä yhteyttä on tutkittu monissa yhdysvaltalaistutkimuksissa ja kuten eurooppalaisissa tutkimuksissa, myös yhdysvaltalaistutkimuksista saadut tulokset ovat ristiriitaisia. Esimerkiksi Robinson-Whelen kumppaneineen (2001) havaitsi, että meneillään oleva auttamissuhde puolisoon on yhteydessä korkeampaan yksinäisyyteen. He tarkastelivat myös puolisoaan auttavien yksinäisyyttä sen jälkeen, kun suhde puolisoon oli päättynyt esimerkiksi puolison menehdyttyä ja havaitsivat, että puolisoaan aikaisemmin auttaneet olivat kolme vuotta auttamissuhteen päättymisen jälkeen yksinäisempiä kuin henkilöt, jotka eivät olleet koskaan auttaneet puolisoaan. (Robinson-Whelen ym., 2001.) Myös toisessa yhdysvaltalaisessa pitkittäistutkimuksessa havaittiin, että dementoitunutta puolisoaan säännöllisesti auttavat henkilöt kokivat koko kuuden vuoden seurannan ajan merkittävästi enemmän yksinäisyyttä kuin verrokkinsa, jotka eivät auttaneet puolisoaan. (Kiecolt-Glaser ym., 2003.) Tuoreemmassa yhdysvaltalaisessa pitkittäistutkimuksessa vuodelta 2020 ei puolestaan havaittu yhteyttä puolison auttamisen ja yksinäisyyden välillä. Sen sijaan vaimot, jotka alkoivat auttaa kognitiiviselta toimintakyvyltään heikentynyttä aviomiestään, raportoivat saavansa ystäviltään enemmän tukea aviomiehensä toimintakyvyn alennuttua. (Hawkley ym., 2020.)

Poikittaistutkimusasetelmalla puolison auttamisen ja yksinäisyyden välistä yhteyttä Yhdysvalloissa ovat tutkineet ainakin Beeson (2003), Adams (2008) sekä Robison ja kumppanit (2009). Kaikissa kolmessa tutkimuksessa tarkasteltiin muistisairasta puolisoaan auttavien henkilöiden yksinäisyyttä ja jokaisessa tutkimuksessa havaittiin puolison auttamisen olevan yhteydessä korkeampaan yksinäisyyteen. Beeson havaitsi, että puolisoaan auttavat naiset raportoivat puolisoaan auttavia miehiä useammin olevansa yksinäisiä. Yksinäisyyttä arvioitiin kussakin tutkimuksessa eri tavalla. Beesonin (2003) tutkimuksessa yksinäisyydestä kysyttiin yksittäisellä kysymyksellä ja Adamsin (2008) tutkimuksessa yksinäisyyttä arvioitiin UCLA-mittarilla. Robisonin ja kumppanien (2009) tutkimuksessa puolestaan sosiaalinen eristyneisyys tai yksinäisyys määriteltiin sen perusteella, kuinka usein tutkittava käy ulkona. (Beeson, 2003; Adams, 2008; Robison ym., 2009.)

5. TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TUTKIMUSKYSYMYKSET

Tämän pro gradu -tutkielman tarkoituksena on selvittää suomalaisten 65–84-vuotiaiden toimintakyvyltään heikentynyttä tai sairasta puolisoaan säännöllisesti auttavien henkilöiden kokeman yksinäisyyden ja auttamisen välistä yhteyttä. Lisäksi tutkimuksen kohteena on sukupuolten väliset erot puolisoaan auttavien kokemassa yksinäisyydessä. Tässä tutkielmassa yksinäisyys käsitetään kaksiulotteisena ilmiönä, jolla on sekä sosiaalinen että emotionaalinen ulottuvuus.

Tutkimuskysymykset:

1. Onko toimintakyvyltään heikentyneen tai sairaan puolison säännöllinen auttaminen yhteydessä puolisoaan auttavien kokemaan yksinäisyyteen 65–84-vuotiailla suomalaisilla?
2. Onko puolison auttamisen ja yksinäisyyden välisen mahdollisen yhteyden voimakkuudessa eroa miesten ja naisten välillä?

Aikaisempaan tutkimuskirjallisuuteen perustuen tutkielman hypoteesina on, että puolison auttaminen on yhteydessä lisääntyneeseen yksinäisyyden kokemukseen, ja että yhteys on voimakkaampi naisilla kuin miehillä.

6. AINEISTO JA TUTKIMUSMENETELMÄT

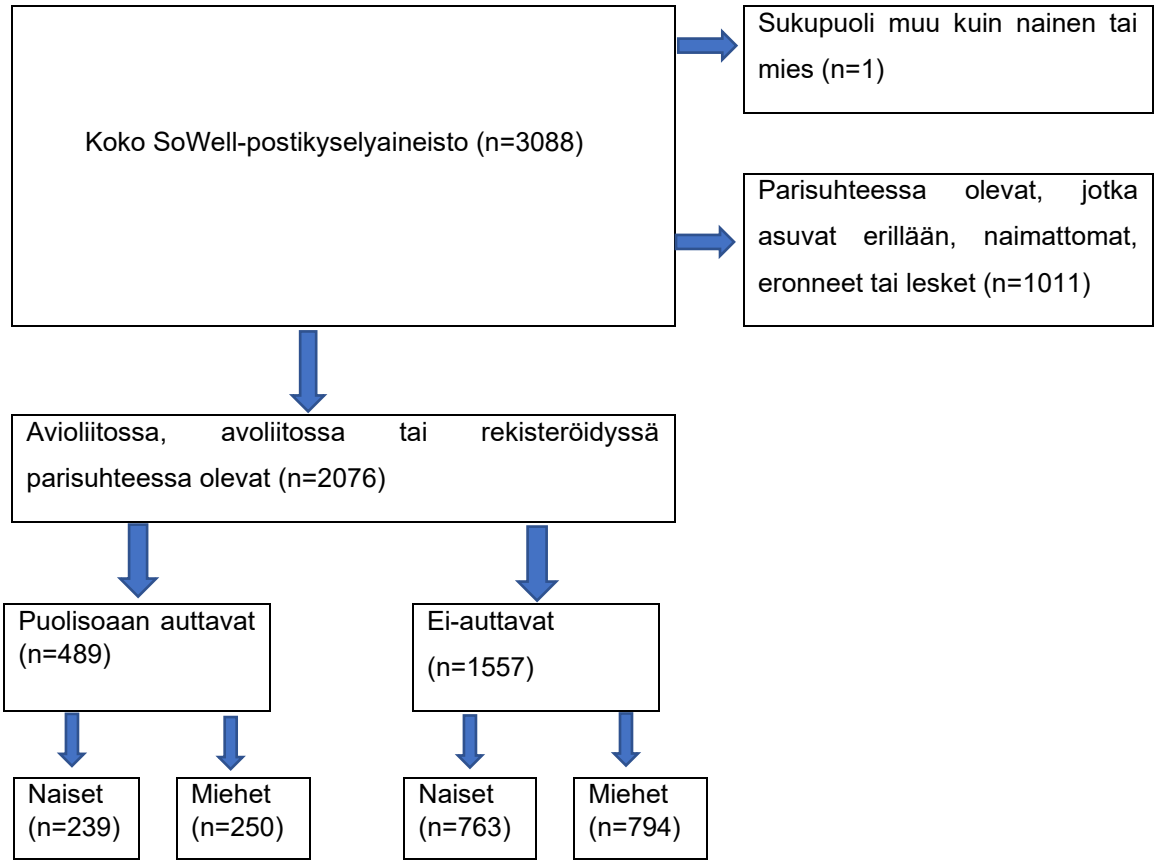
6.1. Aineiston kuvaus

Tässä pro gradu -tutkielmassa käytetään aineistona Tampereen yliopiston yhteiskuntatieteiden tiedekunnassa ja Gerontologian tutkimuskeskuksessa (GEREC) toteutetun Vanheneminen ja sosiaalinen hyvinvointi (SoWell) -tutkimushankkeen kyselytutkimuksen aineistoa. SoWell-tutkimushankkeen lähtökohtina ovat ikääntyvien omat käsitykset siitä, mitä he pitävät hyvinvoinnilleen tärkeänä. Hankkeen tavoitteena on myös tuottaa tietoa sosiaalisesta hyvinvoinnista sekä esittää keinoja, joilla iäkkäiden hyvinvointia voitaisiin parantaa. Kyselyaineiston keruu alkoi vuoden 2020 marraskuussa ja päättyi vuoden 2021 huhtikuussa. Tutkimuksen kyselylomake lähetettiin postitse 5000:lle satunnaisesti valitulle 65–84-vuotiaalle suomalaiselle. Kyselyyn oli mahdollista vastata myös sähköisesti internetissä. Tutkimukseen osallistui 3088 henkilöä, eli vastausprosentti oli 62. Vastaajista 71 prosenttia vastasi kyselyyn postin kautta tulleella paperilomakkeella. Kyselylomake sisälsi kysymyksiä seuraavista aihealueista: terveys ja toimintakyky, sosiaalinen verkosto ja aktiivisuus, ikääntyneiden asema yhteiskunnassa, palveluiden saatavuus ja muiden ihmisten auttaminen, tulevaisuutta koskevat ajatukset ja huolet, asuminen ja asuinympäristö, teknologian käyttö sekä koronapandemian vaikutukset jokapäiväiseen elämään. Tutkimukseen osallistujista 44 prosenttia oli miehiä ja 56 prosenttia naisia. (Tiainen ym., 2021.) Yksi vastaaja ilmoitti sukupuolekseen muu kuin nainen tai mies. Tätä yksittäistä vastaajaa ei ole otettu huomioon tilastollisissa analyyseissä.

Tässä tutkielmassa tarkasteltiin vain niitä vastaajia, jotka ilmoittivat olevansa avioliitossa, avoliitossa tai rekisteröidyssä parisuhteessa (Kuvio 1). SoWell-hankkeen kyselytutkimuksen aineiston vastaajista 67,5 prosenttia (n= 2076) ilmoitti olevansa avioliitossa, avoliitossa tai rekisteröidyssä parisuhteessa. Naisista 59,1 prosenttia (n=1021) ja miehistä 78,4 prosenttia (n=1055) ilmoitti olevansa avioliitossa, avoliitossa tai rekisteröidyssä parisuhteessa. Avioliitossa, avoliitossa tai rekisteröidyssä parisuhteessa olevista vastaajista 23,9 prosenttia (n=489) ilmoitti auttavansa säännöllisesti toimintakyvyltään heikentynyttä tai sairasta puolisoa. Prosenttiosuus oli yhtä suuri molemmilla sukupuolilla (naisilla n=239 ja miehillä n=250).

Tätä tutkielmaa varten muodostettu aineisto ei sisältänyt tietoja, joista yksittäiset vastaajat olisivat olleet tunnistettavissa. SoWell-hankkeen kyselytutkimuksella on Tampereen alueen ihmistieteiden eettisen toimikunnan puoltava lausunto (lausunto 51/20202, 24.6.2020). Tutkimus on toteutettu huomioiden hyvän tieteellisen käytännön periaatteet. Hyvän tieteellisen käytännön mukaisesti tutkimuksessa on noudatettu tiedeyhteisön tunnustamia toimintatapoja, joita ovat rehellisyys, yleinen huolellisuus ja tarkkuus tutkimustyössä, tulosten tallentamisessa

ja esittämisessä sekä tutkimusten ja niiden tulosten arvioinnissa (Tutkimuseettinen neuvottelukunta, ei pvm.).



Kuvio 1. Pro gradu -tutkielmassa käytettävän tutkimusjoukon valitseminen

6.2. Tutkimuksen muuttujat

6.2.1. Päämuuttujat

Tässä tutkielmassa päämuuttuja, eli selitettävä muuttuja on tutkittavan kokema yksinäisyys. Tutkittavan kokemaa yksinäisyyttä kuvaa kuusi erilaista muuttujaa, joista kolme kuvaa koetun yksinäisyyden sosiaalista ulottuvuutta (ryhmään kuulumisen tunne, seuran kaipaaminen ja ystävyyssuhteiden määrän muutos) ja kolme emotionaalista ulottuvuutta (yksinäisyyden tunne, läheiset ihmissuhteet, jotka tuovat henkistä turvallisuuden tunnetta ja avun saaminen toisilta silloin, kun sitä eniten tarvitsee). Muuttujat valittiin Weissin (1973) teoriaan perustuen.

Tutkittavan *yksinäisyyden tunnetta* arvioitiin kysymyksellä: Tunnetko itsesi yksinäiseksi? Vastausvaihtoehdot olivat usein, joskus ja en koskaan. *Läheisiä ihmissuhteita, jotka tuovat henkistä turvallisuuden tunnetta*, arvioitiin seuraavalla väitteellä: Minulla on läheisiä ihmissuhteita, jotka antavat minulle henkistä turvallisuuden tunnetta. *Avun saamista toisilta silloin, kun sitä eniten tarvitsee*, arviotiin väitteellä: Tiedän saavani apua toisilta ihmisiltä silloin, kun sitä eniten tarvitsen. Vastausvaihtoehdot läheisiä ihmissuhteita ja avun saamista koskeviin väitteisiin olivat: täysin samaa mieltä, osittain samaa mieltä, osittain eri mieltä ja täysin eri mieltä. Tilastollisia analyysejä varten läheisiä ihmissuhteita ja avun saantia kuvaavien muuttujien luokat ”täysin eri mieltä” ja ”osittain eri mieltä” yhdistettiin, sillä vastaajamäärät näissä luokissa olivat pieniä tilastollisia analyysejä ajatellen.

Ryhmään kuulumisen tunnetta arvioitiin seuraavalla väitteellä: Tunnen kuuluvani johonkin ryhmään, jolla on samat mielipiteet ja uskomukset kuin minulla. Vastausvaihtoehdot olivat: täysin samaa mieltä, osittain samaa mieltä, osittain eri mieltä ja täysin eri mieltä. *Seuran kaipaamisesta* kysyttiin seuraavasti: Kaipaatko seuraa juttukaveriksi, kävelylle, elokuviin yms.? Vastausvaihtoehdot olivat: usein, joskus ja en koskaan. *Ystävyyssuhteiden määrän muutoksesta* kysyttiin kysymyksellä: Ovatko ystävyyssuhteesi viime vuosien aikana? Vastausvaihtoehdot olivat: lisääntyneet, vähentyneet ja pysyneet suunnilleen samana.

6.2.2. Selittävä muuttuja

Tämän tutkielman selittävä muuttuja on sairaan tai toimintakyvyltään heikentyneen puolison säännöllinen auttaminen. Tutkittavat jaettiin kahteen ryhmään sen mukaan, auttavatko he puolisoaan vai eivät. Läheisen säännöllistä auttamista tarkasteleva kysymys on seuraavanlainen: Autatko säännöllisesti jotakuta toimintakyvyltään heikentynyttä tai sairasta ihmistä? Vastausvaihtoehdot ovat: en; kyllä, puolisoa; kyllä, vanhempaa, vanhempia tai muuta iäkästä sukulaista; kyllä, lasta tai lapsenlasta; kyllä, veljeä tai siskoa; kyllä, ystävää/tuttavaa; kyllä, naapuria ja kyllä, jotakuta muuta. Puolisoaan auttavien ryhmään kuuluivat ne, jotka valitsivat vaihtoehdon ”kyllä, puolisoa” ja vertailuryhmään ne, jotka eivät valinneet kyseistä

vaihtoehtoa. Alkuperäisessä aineistossa puolison auttamista kuvaava muuttuja on luokiteltu seuraavasti: 0=ei auta puolisoaan ja 1=auttaa puolisoaan. Analyysejä varten luokittelu on käännetty (0=auttaa puolisoaan ja 1=ei auta puolisoaan).

6.2.3. Muut analyyseissä käytetyt muuttujat

Analyysit tehtiin vain niille vastaajille, jotka ilmoittivat olevansa avioliitossa, avoliitossa tai rekisteröidyssä parisuhteessa. Siviilisäädystä kysyttiin seuraavasti: Mikä seuraavista kuvaa parhaiten nykyistä tilannettasi? Vastausvaihtoehdot kysymyksessä olivat: olen avio/avoliitossa tai rekisteröidyssä parisuhteessa; olen parisuhteessa, mutta emme asu yhdessä; olen naimaton; olen eronnut ja olen leski.

Tämän tutkimuksen taustamuuttujat valittiin aikaisempaan kirjallisuuteen perustuen. Koska yksinäisyyden kokemusten on todettu olevan yhteydessä korkeampaan ikään sekä huonompaan terveyteen ja taloudelliseen tilanteeseen, analyyseissä otetaan huomioon taustamuuttujina tutkittavan ikä, itsearvioitu terveys ja taloudellinen tilanne. Lisäksi miesten ja naisten välillä on aikaisemmissa tutkimuksissa havaittu olevan eroja yksinäisyyden kokemisessa, ja siksi analyyseissä otetaan huomioon myös tutkittavan sukupuoli.

Tutkittavan *taloudellisesta tilanteesta* kysyttiin seuraavasti: Millainen on taloudellinen tilanteesi? Vastausvaihtoehdot olivat: 1. taloudellinen tilanteeni on hyvä, ja voin hankkia kaiken mitä tarvitsen; 2. voin hankkia sen mitä tarvitsen, mutta ylimääräistä rahaa ei juuri ole; 3. joskus on vaikea saada rahat riittämään sekä 4. taloudellinen tilanteeni on huono ja joudun usein tinkimään välttämättömistä tarpeistani. Tilastollisia analyysejä varten vastausluokat 3. ja 4. on yhdistetty, koska vastaajamäärät näissä luokissa olivat pieniä tilastollisia analyysejä ajatellen. Tuloksissa taloudellista tilannetta kuvaavan muuttujan ensimmäinen vastausvaihtoehto on nimetty luokaksi ”erittäin hyvä”, toinen vastausvaihtoehto luokaksi ”melko hyvä”. Kolmas ja neljäs vastausvaihtoehtoon yhdistetty luokaksi ”huono”. Puuttuvia havaintoja oli 30 ja logistista regressiota varten ne koodattiin vastausluokkaan ”melko hyvä”, sillä tämä oli keskimmäinen luokka ja siinä oli paljon vastaajia.

Tutkittavan *itsearvioitua terveyttä* arvioitiin kysymyksellä: Millaiseksi arvioit oman terveytesi? Vastausvaihtoehdot olivat: erittäin hyvä, melko hyvä, keskiverto, melko huono ja huono. Tilastollisia analyysejä varten vastausluokat ”melko huono” ja ”huono” on yhdistetty vastausluokaksi ”huono”, sillä vastaajamäärät näissä luokissa olivat pienet tilastollisia analyysejä ajatellen. Puuttuvia havaintoja tässä muuttujassa oli 10 ja logistista regressiomallia varten puuttuvat havainnot koodattiin vastausluokkaan ”melko hyvä”, sillä tässä vastausluokassa oli eniten vastaajia.

6.3. Analyysimenetelmät

Tilastolliset analyysit aloitettiin tarkastelemalla tutkittavien, eli avioliitossa, avoliitossa tai rekisteröidyssä parisuhteessa olevien henkilöiden perustietoja taustamuuttujien, eli sukupuolen, iän, itsearvioidun terveyden ja taloudellisen tilanteen suhteen. Frekvenssien avulla selvitettiin, kuinka suuri osuus tutkittavista ilmoitti auttavansa toimintakyvyltään heikentynyttä tai sairasta puolisoa. Koska iän jakauma oli vino, tuloksissa tarkastellaan iän mediaaneja, eli keskimmäisiä havaintoja (md) sekä ala- ja yläkvartiileja (q_1, q_2). Ala- ja yläkvartiilit jakavat aineiston niin, että 25 prosenttia havainnoista on alakvartiilia pienempiä ja 25 prosenttia havainnoista on yläkvartiilia suurempia (Holopainen & Pulkkinen, 2015, s. 86). Mann-Whitneyn U-testin avulla selvitettiin, poikkeaako puolisoaan säännöllisesti auttavien mediaani-ikä niiden henkilöiden mediaani-iästä, jotka eivät auta säännöllisesti puolisoaan. Mann-Whitneyn U -testi vertaa tutkittavan muuttujan luokkien mediaaneja toisiinsa ja sitä voidaan käyttää, kun muuttujat eivät ole normaalisti jakautuneita (Nummenmaa, 2023, s. 261). Mann-Whitneyn U -testistä on raportoitu p-arvo. Tutkittavien perustiedoista tarkasteltiin lisäksi itsearvioitua terveyttä ja taloudellista tilannetta. Aineiston kuvailussa käytettiin ristiintaulukointia ja frekvenssejä. Khiin neliö -testillä selvitettiin, onko puolisoaan auttavien ja ei-auttavien välillä eroa eri vastausluokkiin sijoittumisessa. Khiin neliö -testi kertoo, poikkeavatko puolisoaan auttavien ja ei-auttavien jakaumat tarkasteltavan muuttujan suhteen toisistaan. Testi ei kuitenkaan suoraan kerro, onko yksittäisiin vastausluokkiin sijoittumisessa tilastollisesti merkitsevää eroa. (Nummenmaa, 2023, s. 200–203.) Tuloksista on raportoitu prosenttiosuudet, lukumäärät ja Khiin neliö -testin p-arvo.

Seuraavaksi sukupuolen ja puolison auttamisen sekä yksinäisyyttä kuvaavien muuttujien keskinäistä riippuvuutta selvitettiin kuvailevilla analyyseillä. Kuten perustietoja tarkasteltaessa, myös kuvailevissa analyyseissä hyödynnettiin ristiintaulukointia ja frekvenssejä. Ensin tarkasteltiin yksinäisyyttä kuvaavien muuttujien prosenttiosuuksia ja lukumääriä kaikilla tutkittavilla sekä verrattiin, poikkeavatko miesten ja naisten vastaukset toisistaan Khiin neliö -testillä. Ristiintaulukoimalla ja Khiin neliö -testin avulla selvitettiin myös, onko puolisoaan auttavien ja ei-auttavien tutkittavien välillä eroa yksinäisyyden kokemuksissa. Lukumääriä ja prosenttiosuuksia yksinäisyyttä kuvaavien muuttujien suhteen verrattiin auttajien ja ei-auttajien välillä tutkimuksen kaikille tutkittaville sekä naisille ja miehille erikseen. Tuloksista on raportoitu prosenttiosuudet, lukumäärät ja Khiin neliö -testin p-arvo.

Tämän jälkeen auttamisen ja yksinäisyyttä kuvaavien muuttujien välistä yhteyttä tarkasteltiin multinomiaalisella logistisella regressioanalyysilla. Logistiset regressiomallit voivat olla binäärisiä, eli selitettävä muuttuja on kaksiluokkainen, tai multinomiaalisia, jolloin selitettävä muuttuja on kolme- tai useampiluokkainen. Multinomiaalisen regressioanalyysin perusajatus

on sama kuin binäärisen logistisen regressioanalyysin, sillä erotuksella, että multinomiaalisessa regressiossa muuttujien lukumäärää ei ole rajoitettu. Koska binäärisen logistisen regression oletuksena on, että selitettävä muuttuja on kaksiluokkainen, sitä ei voitu hyödyntää tämän tutkimuksen analyysimenetelmänä. Kaikki yksinäisyyttä kuvaavat, eli selitettävät muuttujat olivat kolme- tai neljäluokkaisia järjestysasteikollisia muuttujia. Logistisissa regressiomalleissa selitettävän muuttujan mitta-asteikosta ei tehdä mitään oletuksia. Selitettävä muuttuja tai selitettävät muuttujat voivat siis olla laatuero-, järjestys-, välimatka- tai suhdeasteikollisia. Multinomiaalinen regressioanalyysi ei myöskään tee mitään oletuksia käytettävien muuttujien jakaumista. Logistiset regressiomallit vaativat kuitenkin toimiakseen suurempia otoskokoja kuin lineaariset mallit. Nummenmaa (2023) toteaa, että lineaarinen malli voidaan saada sovitettua aineistoon, jos otoksen koko on 20–50 havaintoa per selitettävä muuttuja. Hänen mukaansa logistiset mallit vaativat ainakin kaksinkertaisen määrän havaintoja. Tässä tutkimuksessa käytettävä aineisto on laaja, joten tämän puolesta estettä multinomiaalisen logistisen regression käytölle ei ole. Logististen regressiomallien keskeisin oletus on, että selitettävä muuttuja on kaksi- tai useampiluokkainen. Lisäksi multinomiaalinen regressiomalli olettaa, että selittävien muuttujien välillä ei ole täydellistä multikollineaarisuutta, eli mikään selittävä muuttuja ei voi olla voimakkaasti korreloitunut toisen selittävän muuttujan kanssa. Tässä tutkimuksessa ainoa jatkuva (selittävä) muuttuja on ikä, joten multikollineaarisuus ei muodostu ongelmaksi. Selitettävän muuttujan havainnot eivät myöskään voi olla toisistaan riippuvaisia. (Nummenmaa, 2023, s. 330–332.)

Logistiseen regressioanalyysiin voidaan valita muuttujat erilaisilla valintatavoilla. Yleisimmin käytetään poistavaa, lisäävää ja lisäämällä askeltavaa menettelytapaa. Tässä työssä tarkastellaan puolison auttamisen ja yksinäisyyden välistä yhteyttä. Multinomiaalisen regressioanalyysin avulla pyritään vakioimaan iän, sukupuolen, itsearvioidun terveyden ja taloudellisen tilanteen vaikutus puolison auttamisen ja yksinäisyyttä kuvaavien muuttujien väliseen (mahdolliseen) yhteyteen. Tällöin voidaan käyttää pakotettua (forcing) menettelyä. Tässä tavassa malliin otetaan mukaan oleelliset selittäjät ja tarkastellaan, mitkä ovat valittujen muuttujien painokertoimet mallissa. Tässä pro gradu -tutkielmassa malliin sisällytettävät vakioitavat selittävät tekijät on valittu aikaisempaan tutkimuskirjallisuuteen perustuen. Logistisen regression avulla pyritään muodostamaan matemaattinen malli, joka ennustaa selittävien muuttujien avulla, kuinka selitettävän muuttujan havainnot jakautuvat eri luokkiin. Logistisen regressiomallin lähtökohtana on niin sanottu riski (englanniksi odds). Riski kuvaa eri vastausluokkaan kuulumisen todennäköisyyksien osamäärää. (Nummenmaa, 2023, s. 330–332.)

Multinomiaalista logistista regressioanalyysiä varten itsearvioitua terveyttä ja taloudellista tilannetta kuvaavista muuttujista luotiin dummy-muuttujat. Regressiomallia varten luotiin myös

yhdysvaikutustermi, johon sisältyi puolison auttamista ja sukupuolta kuvaavat muuttujat. Yhdysvaikutustermin avulla selvitettiin, onko sukupuolella ja puolison auttamisella yhteisvaikutusta yksinäisyyden kokemuksiin.

Analysointi multinomiaalisella logistisella regressiolla aloitettiin tarkastelemalla kaikkia tutkittavia. Aluksi tehtiin vakioimattomat mallit, joihin sisältyi vain puolison auttaminen ja eri yksinäisyyttä kuvaavat muuttujat. Tämän jälkeen malleihin sisällytettiin lisäksi taustamuuttujat, eli tutkittavan sukupuoli, ikä, itsearvioitu terveys ja taloudellinen tilanne. Malliin sisällytettiin kaikki taustamuuttujat samanaikaisesti riippumatta niiden tilastollisesta merkitsevyydestä. Näin saatiin vakioitua taustamuuttujien vaikutus puolison auttamisen ja yksinäisyyttä kuvaavien muuttujien väliseen yhteyteen. Multinomiaalisen logistisen regressioanalyysin tuloksista on esitetty selittävien muuttujien ristitulosuhteet (*odds ratio* eli OR), 95 %:n luottamusvälit (95%lv) ja p-arvot. Ristitulosuhde kertoo puolisoaan auttavan suhteellisen todennäköisyyden kuulua tarkasteltavaan selitettävän muuttujan luokkaan, kun verrataan sitä todennäköisyyteen kuulua valittuun vertailuluokkaan. 95 %:n luottamusväli kertoo sen välin, jolla havaittu parametrin arvo on 95 prosentin todennäköisyydellä. (Metsämuuronen, 2008, s. 78–92.)

Lisäksi tehtiin kolmannet mallit, joihin sisällytettiin selittäviksi muuttujiksi puolison auttaminen ja sukupuoli sekä näiden kahden muuttujan yhdysvaikutustermi. Yhdysvaikutustermillä selvitettiin, onko miesten ja naisten välillä eroa auttamisen ja yksinäisyyden kokemisen välisen yhteyden voimakkuudessa. Näistä malleista on raportoitu vain yhdysvaikutustermin p-arvot. Jos p-arvo on pienempi kuin 0,05, on puolison auttamisella ja sukupuolella yhteisvaikutusta yksinäisyyden kokemuksiin. Koska puolison auttamisella ja sukupuolella ei havaittu olevan yhdysvaikutusta yksinäisyyden kokemiseen muuta kuin yhden muuttujan vastausluokan kohdalla, analyysejä multinomiaalisella logistisella regressiolla ei tehty miehille ja naisille erikseen, sillä se ei ollut tilastollisessa mielessä perusteltua. Tilastollisen merkitsevyyden rajana pidettiin tässä tutkimuksessa p-arvoa, joka on pienempi kuin 0,05. Tämä raja on tilastollisessa tutkimuksessa yleisesti käytetty merkitsevyystaso (Heikkilä, 2008, s. 194–195). Tämän tutkielman tilastolliset analyysit tehtiin SPSS-statistics-tilasto-ohjelmalla (versio 28.0.1.0).

7. TULOKSET

7.1. Tutkittavien perustiedot

Tutkittavista (n=2076) 49,2 prosenttia oli naisia (n=1021) ja 50,8 prosenttia miehiä (n=1055). Sekä miehistä että naisista 23,9 prosenttia ilmoitti auttavansa säännöllisesti toimintakyvyltään heikentynyttä tai sairasta puolisoaan. Tutkittavien perustiedot sukupuolittain sekä kaikille tutkittaville taustamuuttujien, eli iän, itsearvioidun terveyden ja taloudellisen tilanteen osalta on esitetty taulukossa 1. Kaikkien tutkittavien mediaani-ikä oli 72 vuotta (q_1=68, q_2=76). Puolisoaan auttavat tutkittavat olivat tilastollisesti merkitsevästi (p<0,001) vanhempia (Md=74, n=488) kuin ne, jotka eivät auttaneet puolisoaan (Md=71, n=1556).

Itsearvioidussa terveydessä oli eroja auttajien ja ei-auttajien välillä (p<0,001). Puolisoaan auttavista tutkittavista suurempi osuus (54,4 %) kuin ei-auttavista (37,5 %) ilmoitti terveydentilansa olevan keskiverto tai sitä huonompi. Vastaavasti suurempi osuus ei-auttajista (62,5 %) kuin auttajista (45,6 %) ilmoitti terveydentilansa olevan erittäin hyvä tai melko hyvä. Erot olivat samansuuntaisia ja tilastollisesti merkitseviä myös miehiä (p<0,001) ja naisia (p=0,003) erikseen tarkasteltaessa (Taulukko 1).

Puolisoaan auttavien ja niiden, jotka eivät auta puolisoaan, välillä oli tilastollisesti merkitsevä ero eri vastausluokkiin sijoittumisessa myös taloudellisessa tilanteessa kaikilla tutkittavilla (p<0,001) sekä naisia erikseen tarkasteltaessa (p=0,004). Puolet puolisoaan auttavista ja 59,3 prosenttia ei-auttavista tutkittavista kertoi taloudellisen tilanteensa olevan niin hyvä, että he voivat hankkia sen, mitä tarvitsevat. Osuudet olivat samansuuntaiset myös miehiä ja naisia erikseen tarkasteltaessa. Hieman yli seitsemän prosenttia puolisoaan auttavista ja noin viisi prosenttia niistä, jotka eivät auta puolisoaan ilmoitti taloudellisen tilanteensa olevan niin huono, että välillä on vaikea saada rahat riittämään tai että joutuu usein tinkimään välttämättömistä tarpeista (Taulukko 1).

Taulukko 1. Tutkittavien perustiedot sukupuolittain sekä kaikille tutkittaville

	Naiset (n=1021)		**Miehet (n=1055)**		**Yhteensä (n=2076)**	
	Auttaa puolisoaan (n=239)	**Ei auta puolisoaan (n=736)**	**Auttaa puolisoaan (n=250)**	**Ei auta puolisoaan (n=794)**	**Auttaa puolisoaan (n=489)**	**Ei auta puolisoaan (n=1557)**
Ikä vuosina						
Mediaani (q_1, q_2)	74 (69, 78)	71 (67, 75)	75 (71, 79)	71 (68, 75)	74 (70, 79)	71 (67, 75)
p-arvo [a]	**<0,001**		**<0,001**		**<0,001**	
Itsearvioitu terveys						
Erittäin hyvä % (n)	7,2 (17)	15,7 (120)	7,6 (19)	12,9 (102)	7,4 (36)	14,3 (222)
Melko hyvä % (n)	46,8 (111)	49,6 (378)	37,8 (94)	46,9 (370)	42,2 (205)	48,2 (748)
Keskiverto % (n)	32,5 (77)	26,5 (202)	36,1 (90)	31,4 (248)	34,4 (167)	29,0 (450)
Melko huono tai huono % (n)	13,5 (32)	8,5 (62)	18,5 (46)	8,7 (69)	16,0 (78)	8,4 (131)
p-arvo [b]	**0,003**		**<0,001**		**<0,001**	
Taloudellinen tilanne						
Erittäin hyvä % (n)	48,1 (113)	60,3 (454)	51,8 (129)	58,3 (456)	50,0 (242)	59,3 (910)
Melko hyvä % (n)	44,7 (105)	34,9 (263)	40,6 (101)	36,8 (288)	42,6 (206)	35,9 (551)
Huono % (n)	7,2 (17)	4,8 (36)	7,6 (19)	4,9 (38)	7,4 (36)	4,8 (74)
p-arvo [b]	**0,004**		0,094		**<0,001**	

[a] p-arvo kertoo Mann Whitneyn U -testin tilastollisen merkitsevyyden sille, onko puolisoaan auttavien ja ei-auttavien välillä eroa mediaani-iässä. Taulukossa on lihavoituna tilastollisesti merkitsevät p-arvot.

[b] p-arvo kertoo Khiin neliö -testin tilastollisen merkitsevyyden sille, onko puolisoaan auttavien ja ei-auttavien välillä eroa eri vastausluokkiin jakautumisessa. Taulukossa on lihavoituna tilastollisesti merkitsevät p-arvot.

7.2. Yksinäisyyden kokeminen

7.2.1. Emotionaalinen yksinäisyys sukupuolittain sekä kaikilla tutkittavilla

Taulukossa 2 on esitetty emotionaalista yksinäisyyttä kuvaavien muuttujien vastausluokkien vastaajamäärien prosenttiosuudet ja lukumäärät kaikille tutkittaville sekä miehille ja naisille erikseen. Sukupuolten välillä oli tilastollisesti merkitsevä ero ($p<0,01$) siinä, miten tutkittavat olivat jakautuneet eri vastausluokkiin jokaisessa emotionaalista yksinäisyyttä kuvaavassa muuttujassa.

Noin kaksi kolmasosaa (63,5 %) tutkittavista ilmoitti, ettei tunne itseään koskaan yksinäiseksi. Yksinäisyyden tunteminen oli yleisempää miehillä kuin naisilla ($p<0,001$). Naisista 41 prosenttia ja miehistä 30 prosenttia ilmoitti tuntevansa itsensä joskus yksinäiseksi. Vain 1,4 prosenttia kaikista tutkittavista ilmoitti tuntevansa itsensä usein yksinäiseksi.

Suurin osa (94,5 %) oli täysin tai osittain samaa mieltä siitä, että heillä on läheisiä ihmissuhteita, jotka tuovat heille henkistä turvallisuuden tunnetta. Naiset olivat miehiä useammin täysin samaa mieltä, ja miehet naisia useammin osittain samaa mieltä läheisiä ihmissuhteita koskevan väitteen kanssa. Kaikista tutkittavista osittain tai täysin eri mieltä olevien osuus oli 5,5 prosenttia.

Suurin osa tutkittavista (95,6 %) oli osittain tai täysin samaa mieltä myös siitä, että he tietävät saavansa apua muilta ihmisiltä silloin, kun sitä eniten tarvitsevat. Tämän väitteen kohdalla sukupuolten välillä oli tilastollisesti merkitsevä ero eri vastausluokkiin jakautumisessa ($p=0,002$). Naiset olivat miehiä useammin täysin samaa mieltä väitteen kanssa, ja vastaavasti miehet olivat naisia useammin osittain samaa mieltä tai eri mieltä väitteen kanssa.

Taulukko 2. Emotionaalinen yksinäisyys sukupuolittain sekä kaikilla tutkittavilla

		Sukupuoli		
	Yhteensä (n=2076)	**Naiset (n=1021)**	**Miehet (n=1055)**	**P-arvo[a]**
Tunnen itseni yksinäiseksi				
En koskaan % (n)	63,5 (1305)	57,9 (587)	68,9 (718)	
Joskus % (n)	35,1 (721)	40,8 (413)	29,6 (308)	**<0,001**
Usein % (n)	1,4 (29)	1,3 (13)	1,5 (16)	
Minulla on läheisiä ihmissuhteita				
Täysin samaa mieltä % (n)	66,0 (1324)	72,6 (718)	59,6 (606)	
Osittain samaa mieltä % (n)	28,5 (572)	22,4 (222)	34,4 (350)	**<0,001**
Osittain tai täysin eri mieltä % (n)	5,5 (110)	5,0 (49)	6,0 (61)	
Tiedän saavani apua toisilta				
Täysin samaa mieltä % (n)	69,1 (1389)	72,8 (716)	65,6 (673)	
Osittain samaa mieltä % (n)	26,5 (533)	23,6 (232)	29,3 (301)	**0,002**
Osittain tai täysin eri mieltä % (n)	4,4 (88)	3,7 (36)	5,1 (52)	

[a] p-arvo kertoo Khiin neliö -testin tilastollisen merkitsevyyden sille, onko sukupuolten välillä eroa eri vastausluokkiin jakautumisessa. Taulukossa on lihavoituna tilastollisesti merkitsevät p-arvot.

7.2.2. Sosiaalinen yksinäisyys sukupuolittain sekä kaikilla tutkittavilla

Taulukossa 3 on esitetty sosiaalista yksinäisyyttä kuvaavien muuttujien lukumäärät ja prosenttiosuudet sukupuolittain sekä kaikille tutkittaville. Noin kolmasosa (33,5 %) tutkittavista oli täysin samaa mieltä ja noin kaksi viidesosaa (41,2 %) osittain samaa mieltä kysyttäessä, tuntevatko he kuuluvansa johonkin ryhmään, jolla on samat mielipiteet ja uskomukset kuin heillä itsellään. Sukupuolten välillä oli tilastollisesti merkitsevä ero vastausluokkiin sijoittumisessa ($p<0,001$). Naiset vastasivat miehiä useammin olevansa täysin samaa mieltä tai täysin eri mieltä ryhmään kuulumisen tunnetta arvioivan väitteen kanssa.

Lähes 63 prosenttia tutkittavista ilmoitti kaipaavansa joskus seuraa juttukaveriksi, kävelylle, elokuviin yms. Naiset ilmoittivat miehiä useammin kaipaavansa usein tai joskus seuraa juttukaveriksi, kävelylle, elokuviin yms. Vastaavasti niiden tutkittavien osuus, jotka eivät koskaan kaipaa seuraa oli miehillä (35,7 %) suurempi kuin naisilla (21,7 %).

Noin kaksi kolmasosaa (64,6 %) tutkittavista ilmoitti ystävyyssuhteidensa määrän pysyneen suunnilleen samana viime vuosina. Kaikista tutkittavista noin 6 prosenttia ilmoitti ystävyyssuhteidensa määrän lisääntyneen ja 29 prosenttia vähentyneen viime vuosina. Osuudet olivat lähes samanlaiset miehiä ja naisia erikseen tarkasteltaessa.

Taulukko 3. Sosiaalinen yksinäisyys sukupuolittain sekä kaikilla tutkittavilla

	Yhteensä (n=2076)	**Sukupuoli**		
		Naiset (n=1021)	**Miehet (n=1055)**	**P-arvo [a]**
Tunnen kuuluvani ryhmään				
Täysin samaa mieltä % (n)	33,5 (652)	37,6 (355)	29,7 (297)	
Osittain samaa mieltä % (n)	41,2 (801)	38,0 (359)	44,2 (442)	**<0,001**
Osittain eri mieltä % (n)	12,7 (247)	10,8 (102)	14,5 (145)	
Täysin eri mieltä % (n)	12,6 (244)	13,6 (128)	11,6 (116)	
Kaipaan seuraa				
En koskaan % (n)	28,8 (585)	21,7 (216)	35,7 (369)	
Joskus % (n)	62,8 (1275)	67,8 (676)	57,9 (599)	**<0,001**
Usein % (n)	8,4 (171)	10,5 (105)	6,4 (66)	
Ystävyyssuhteeni ovat viime vuosina				
Lisääntyneet % (n)	6,4 (132)	6,6 (67)	6,2 (65)	
Vähentyneet % (n)	29,0 (599)	30,0 (305)	27,9 (294)	0,486
Pysyneet samana % (n)	64,6 (1336)	63,3 (643)	65,9 (693)	

[a] p-arvo kertoo Khiin neliö -testin tilastollisen merkitsevyyden sille, onko sukupuolten välillä tilastollisesti merkitsevää eroa eri vastausluokkiin jakautumisessa. Taulukossa on lihavoituna tilastollisesti merkitsevät p-arvot.

7.2.3. Emotionaalinen yksinäisyys puolisoaan auttavilla ja ei-auttavilla tutkittavilla

Ristiintaulukoinnin tulokset emotionaalista yksinäisyyttä kuvaavien muuttujien osalta puolisoaan auttavien ja ei-auttavien henkilöiden ryhmissä on esitetty taulukossa 4. Molempia sukupuolia yhdessä tarkasteltaessa puolisoaan auttavien ja ei-auttavien välillä oli tilastollisesti merkitsevä ero ($p<0,001$) yksinäisyyden tunnetta kuvaavan muuttujan vastausluokkiin jakautumisessa. Miehillä ero auttajien ja ei-auttajien välillä oli tilastollisesti merkitsevä ($p<0,001$), kun taas naisilla ero ei ollut tilastollisesti merkitsevä. Puolisoaan auttavat vastasivat puolisoaan ei-auttavia useammin tuntevansa itsensä usein tai joskus yksinäiseksi. Puolisoaan säännöllisesti auttavista tutkittavista lähes 44 prosenttia vastasi tuntevansa itsensä joskus yksinäiseksi ja niistä, jotka eivät auta puolisoaan itsensä joskus yksinäiseksi tunsi 32 prosenttia. Ero auttajien ja ei-auttajien välillä oli vielä suurempi miehiä erikseen tarkasteltaessa; puolisoaan auttavista miehistä 42 prosenttia ja ei-auttajista 26 prosenttia ilmoitti tuntevansa itsensä joskus yksinäiseksi. Ne tutkittavat, jotka eivät auta puolisoaan säännöllisesti, ilmoittivat puolisoaan auttavia useammin, etteivät tunne itseään koskaan yksinäiseksi. Kaikista puolisoaan auttavista tutkittavista 54 prosenttia ja ei-auttajista 67 prosenttia ilmoitti, että ei tunne itseään koskaan yksinäiseksi.

Puolisoaan auttavien ja ei-auttavien välillä oli tilastollisesti merkitsevä ero ($p=0,028$) myös siinä, miten he vastasivat väitteeseen ”Minulla on läheisiä ihmissuhteita, jotka antavat minulle henkistä turvallisuuden tunnetta”. Ne, jotka eivät auta säännöllisesti toimintakyvyltään heikentynyttä tai sairasta puolisoaan olivat puolisoaan auttavia useammin täysin samaa mieltä edellä mainitun väitteen kanssa. Vastaavasti puolisoaan auttavista suurempi osuus (32,6 %) kuin ei-auttavista (27,4 %) oli edellä mainitun väitteen kanssa osittain samaa mieltä. Puolisoaan auttavat vastasivat myös hieman useammin olevansa osittain tai täysin eri mieltä väitteen kanssa. Erot olivat samansuuntaiset kumpaakin sukupuolta erikseen tarkasteltaessa, mutta vain miehillä ero oli tilastollisesti merkitsevä ($p=0,043$).

Puolisoaan auttavien ja ei-auttavien välillä oli tilastollisesti merkitsevä ero ($p<0,001$) siinä, miten he vastasivat väitteeseen ”tiedän saavani apua toisilta ihmisiltä silloin, kun sitä eniten tarvitsen”. Tutkittavat, jotka eivät auta puolisoaan säännöllisesti ilmoittivat puolisoaan auttavia useammin olevansa täysin samaa mieltä siitä, että tietävät saavansa apua toisilta ihmisiltä, kun sitä eniten tarvitsevat. Puolisoaan auttavista noin 60 prosenttia ja ei-auttajista 72 prosenttia oli täysin samaa mieltä siitä, että he tietävät saavansa apua toisilta silloin, kun sitä eniten tarvitsevat. Puolisoaan säännöllisesti auttavat tutkittavat olivat väitteen kanssa todennäköisemmin osittain samaa mieltä kuin ne tutkittavat, jotka eivät auta puolisoaan. 5,7

prosenttia puolisoaan auttavista ja 4,0 prosenttia ei-auttajista oli väitteen kanssa osittain tai täysin eri mieltä. Erot ovat samansuuntaiset ja tilastollisesti merkitsevät myös sekä miehiä että naisia erikseen tarkasteltaessa.

Taulukko 4. Sairasta tai toimintakyvyltään heikentynyttä puolisoaan säännöllisesti auttavien ja ei-auttavien tutkittavien emotionaalinen yksinäisyys sukupuolittain sekä kaikilla tutkittavilla

	Naiset (n=1021)		**Miehet (n=1055)**		**Yhteensä (n=2076)**	
	Auttaa puolisoaan (n=239)	**Ei auta puolisoaan (n=763)**	**Auttaa puolisoaan (n=250)**	**Ei auta puolisoaan (n=794)**	**Auttaa puolisoaan (n=489)**	**Ei auta puolisoaan (n=1557)**
Tunnen itseni yksinäiseksi						
En koskaan % (n)	52,7 (125)	59,9 (454)	55,7 (137)	72,9 (574)	54,2 (262)	66,5 (1028)
Joskus % (n)	45,6 (108)	38,9 (295)	42,3 (104)	25,8 (203)	43,9 (212)	32,2 (498)
Usein % (n)	1,7 (4)	1,2 (9)	2,0 (5)	1,3 (10)	1,9 (9)	1,2 (19)
P-arvo [a]	0,142		**<0,001**		**<0,001**	
Minulla on läheisiä ihmissuhteita						
Täysin samaa mieltä % (n)	69,4 (161)	73,5 (545)	52,5 (125)	61,7 (476)	60,9 (286)	67,5 (1021)
Osittain samaa mieltä % (n)	24,6 (57)	22,0 (163)	40,3 (96)	32,6 (252)	32,6 (153)	27,4 (415)
Osittain tai täysin eri mieltä % (n)	6,0 (14)	4,5 (33)	7,1 (17)	5,7 (44)	6,6 (31)	5,1 (77)
P-arvo [a]	0,396		**0,043**		**0,028**	
Tiedän saavani apua toisilta						
Täysin samaa mieltä % (n)	65,7 (153)	74,9 (552)	53,7 (130)	69,0 (535)	59,6 (283)	71,9 (1087)
Osittain samaa mieltä% (n)	29,6 (69)	21,8 (161)	39,7 (96)	26,3 (204)	34,7 (165)	24,1 (365)
Osittain tai täysin eri mieltä % (n)	4,7 (11)	3,3 (24)	6,6 (16)	4,6 (36)	5,7 (27)	4,0 (60)
P-arvo [a]	**0,022**		**<0,001**		**<0,001**	

[a] p-arvo kertoo Khiin neliö -testin tilastollisen merkitsevyyden sille, onko auttajien ja ei-auttajien välillä eroa eri vastausluokkiin jakautumisessa. Taulukossa on lihavoituna tilastollisesti merkitsevät p-arvot.

7.2.4. Sosiaalinen yksinäisyys puolisoaan auttavilla ja ei-auttavilla tutkittavilla

Ristiintaulukoinnin tulokset sosiaalista yksinäisyyttä kuvaavien muuttujien osalta puolisoaan auttavien ja ei-auttavien tutkittavien ryhmissä on esitetty taulukossa 5. sekä kaikille tutkittaville että miehille ja naisille erikseen. Puolisoaan auttavien ja ei-auttavien välillä ei havaittu tilastollisesti merkitsevää eroa siinä, miten he vastasivat väitteeseen ”tunnen kuuluvani johonkin ryhmään, jolla on samat mielipiteet ja uskomukset kuin minulla” tai kysymykseen ”kaipaatko seuraa juttukaveriksi, kävelylle, elokuviin yms.?”. Puolisoaan säännöllisesti auttavien ja ei-auttavien välillä on tilastollisesti merkitsevä ero siinä, ilmoittivatko he ystävyyssuhteidensa määrän lisääntyneen, vähentyneen tai pysyneen samana viime vuosina. Ero oli tilastollisesti merkitsevä niin miehillä ($p<0,001$), naisilla ($p=0,002$) kuin kaikilla tutkittavilla ($p<0,001$). Puolisoaan auttavat ilmoittivat ei-auttavia useammin ystävyyssuhteidensa vähentyneen. Ne tutkittavat, jotka eivät auta toimintakyvyltään heikentynyttä tai sairasta puolisoaan säännöllisesti, ilmoittivat useammin ystävyyssuhteidensa määrän lisääntyneen tai pysyneen samana verrattuna puolisoaan säännöllisesti auttaviin tutkittaviin. Kaikista puolisoaan säännöllisesti auttavista 3,9 prosenttia ja ei-auttavista 7,2 prosenttia ilmoitti ystävyyssuhteidensa määrän lisääntyneen viime vuosina. Vastaavasti puolisoaan säännöllisesti auttavista 38 prosenttia ja ei-auttavista 26 prosenttia ilmoitti ystävyyssuhteidensa määrän vähentyneen viime vuosina. Puolisoaan auttavista pienempi osuus (58,5 %) kuin ei-auttavista (66,4 %) ilmoitti ystävyyssuhteidensa määrän pysyneen suunnilleen samana. Erot puolisoaan auttavien ja niiden välillä, jotka eivät auta puolisoaan, ovat samansuuntaiset myös miehiä ja naisia erikseen tarkasteltaessa.

Taulukko 5. Sairasta tai toimintakyvyltään heikentynyttä puolisoaan säännöllisesti auttavien ja ei-auttavien tutkittavien sosiaalinen yksinäisyys sukupuolittain sekä kaikilla tutkittavilla

	Naiset (n=1021)		**Miehet (n=1055)**		**Yhteensä (n=2076)**	
	Auttaa puolisoaan (n=239)	**Ei auta puolisoaan (n=763)**	**Auttaa puolisoaan (n=250)**	**Ei auta puolisoaan (n=794)**	**Auttaa puolisoaan (n=489)**	**Ei auta puolisoaan (n=1557)**
Tunnen kuuluvani ryhmään						
Täysin samaa mieltä % (n)	36,7 (81)	38,0 (270)	28,5 (67)	30,1 (228)	32,5 (148)	33,9 (498)
Osittain samaa mieltä % (n)	40,7 (90)	37,3 (265)	44,3 (104)	44,1 (334)	42,5 (194)	40,8 (599)
Osittain eri mieltä % (n)	9,0 (20)	11,4 (81)	18,3 (43)	13,5 (102)	13,8 (63)	12,5 (183)
Täysin eri mieltä % (n)	13,6 (30)	13,4 (95)	8,9 (21)	12,4 (94)	11,2 (51)	12,9 (189)
P-arvo [a]	0,690		0,180		0,621	
Kaipaan seuraa						
En koskaan % (n)	17,4 (40)	23,0 (172)	33,3 (82)	36,4 (284)	25,6 (122)	29,8 (456)
Joskus % (n)	73,5 (169)	66,0 (494)	61,4 (151)	56,9 (444)	67,2 (320)	61,3 (938)
Usein % (n)	9,1 (21)	11,1 (83)	5,3 (13)	6,7 (52)	7,1 (34)	8,8 (135)
P-arvo [a]	0,099		0,427		0,066	
Ystävyys-suhteeni ovat viime vuosina						
Lisääntyneet % (n)	3,4 (8)	7,8 (59)	4,4 (11)	6,7 (53)	3,9 (19)	7,2 (112)
Vähentyneet % (n)	37,8 (90)	27,8 (211)	37,3 (93)	25,0 (198)	37,6 (183)	26,4 (409)
Pysyneet samana % (n)	58,8 (140)	64,4 (488)	58,2 (145)	68,3 (542)	58,5 (285)	66,4 (1030)
P-arvo [a]	**0,002**		**<0,001**		**<0,001**	

[a] p-arvo kertoo Khiin neliö -testin tilastollisen merkitsevyyden sille, onko auttajien ja ei-auttajien välillä eroa eri vastausluokkiin jakautumisessa. Taulukossa on lihavoituna tilastollisesti merkitsevät p-arvot.

7.3. Puolison auttamisen ja yksinäisyyden välinen yhteys

7.3.1. Emotionaalinen yksinäisyys ja puolison auttaminen

Multinomiaalisen logistisen regressioanalyysin tulokset puolison auttamisen ja emotionaalista yksinäisyyttä kuvaavien muuttujien välisistä yhteyksistä on kuvattu taulukossa 6. Tarkastellaan ensin vakioimattoman mallin tuloksia (Taulukko 6, malli 1). Puolison auttaminen oli tilastollisesti merkitsevästi yhteydessä itsensä joskus yksinäiseksi tuntemiseen (OR=1,67; 95%lv=1,35–2,06), mutta ei itsensä usein yksinäiseksi tuntemiseen (OR=1,86; 95%lv=0,83–4,16). Puolisoaan auttavat olivat ei-auttavia tilastollisesti merkitsevästi todennäköisemmin osittain samaa mieltä siitä, että heillä on läheisiä ihmissuhteita, jotka antavat heille henkistä turvallisuuden tunnetta (OR=1,32; 95%lv=1,05–1,65), kun vertailuluokkana on vastausluokka ”täysin samaa mieltä”. Puolison auttaminen oli tilastollisesti merkitsevästi yhteydessä heikompaan avunsaantiin toisilta silloin, kun sitä eniten tarvitsee. Puolisoaan auttavat olivat todennäköisemmin osittain samaa mieltä (OR=1,74; 95%lv=1,39–2,18) ja osittain tai täysin eri mieltä (OR=1,73; 95%lv=1,08–2,77) väitteen kanssa kuin ei-auttajat, kun vertailuluokkana on vastausluokka ”täysin samaa mieltä”.

Kun mallit vakioitiin sukupuolella, iällä, itsearvioidulla terveydellä ja taloudellisella tilanteella, tulokset olivat samansuuntaisia vakioimattomien tulosten kanssa (Taulukko 6, malli 2). Samoin kuin vakioimattomien mallien tuloksissa, myös vakioitujen mallien tuloksissa puolison auttaminen oli tilastollisesti merkitsevästi yhteydessä itsensä joskus yksinäiseksi tuntemisen kanssa (OR=1,56; 95%lv=1,25–1,95), mutta ei itsensä usein yksinäiseksi tuntemisen kanssa (OR=1,58; 95%lv=0,68–3,69). Läheisiä ihmissuhteita koskevan muuttujan suhteen yhteys puolison auttamisen ja osittain samaa mieltä olemisen välillä ei ollut tilastollisesti merkitsevä, toisin kuin vakioimattomassa mallissa. Puolisoaan auttavat olivat ei-auttavia tilastollisesti merkitsevästi todennäköisemmin osittain samaa mieltä (OR=1,57; 95%lv=1,23–1,99) väitteen ”tiedän saavani apua toisilta ihmisiltä silloin, kun sitä eniten tarvitsen”, kun vertailuluokkana oli vastausluokka ”täysin samaa mieltä”.

Yhdysvaikutustermin avulla havaittiin, että puolison auttamisella ja sukupuolella ei ollut yhdysvaikutusta emotionaalista yksinäisyyttä kuvaaviin muuttujiin muuta kuin itsensä joskus yksinäiseksi tuntemisen suhteen. Toisin sanoen puolison auttamisen ja emotionaalisen yksinäisyyden välisen yhteyden voimakkuudessa ei näyttäisi olevan eroa naisten ja miesten välillä (Taulukko 6, malli 3).

Taulukko 6. Sairaan tai toimintakyvyltään heikentyneen puolison säännöllisen auttamisen ja emotionaalisen yksinäisyyden välinen yhteys

	Malli 1 [a]			**Malli 2** [b]			**Malli 3** [c]
	OR [d]	**95%lv** [e]	**p-arvo**	**OR** [d]	**95%lv** [e]	**p-arvo**	**Yhdysvaikutustermin p-arvo**
Tunnen itseni yksinäiseksi							
En koskaan [f]	1,00			1,00			
Joskus	1,67	1,35–2,06	**<0,001**	1,56	1,25–1,95	**<0,001**	**0,026**
Usein	1,86	0,83–4,16	0,131	1,58	0,68–3,69	0,287	0,752
Minulla on läheisiä ihmissuhteita							
Täysin samaa mieltä [f]	1,00			1,00			
Osittain samaa mieltä	1,32	1,05–1,65	**0,018**	1,24	0,98–1,58	0,079	0,391
Eri mieltä	1,44	0,93–2,23	0,104	1,31	0,82–2,0	0,254	0,957
Tiedän saavani apua toisilta							
Täysin samaa mieltä [f]	1,00						
Osittain samaa mieltä	1,74	1,39–2,18	**<0,001**	1,57	1,23–1,99	**<0,001**	0,332
Eri mieltä	1,73	1,08–2,77	**0,023**	1,58	0,96–2,60	0,074	0,837

Taulukossa on lihavoituna tilastollisesti merkitsevät p-arvot.
[a] Vakioimaton malli
[b] Vakioitu malli. Malliin on sisällytetty kaikki selittävät muuttujat (puolison auttaminen, itsearvioitu terveys, taloudellinen tilanne, ikä ja sukupuoli) samanaikaisesti riippumatta niiden tilastollisesta merkitsevyydestä
[c] Malli sisältää selittävinä tekijöinä puolison auttamisen ja sukupuolen sekä näiden yhdysvaikutustermin
[d] ristitulosuhde (OR) kertoo puolisoaan auttavan todennäköisyyden kuulua esitettyyn vastausluokkaan verrattua ei-auttajiin
[e] 95 %:n luottamusväli
[f] Vertailuluokka

7.3.2. Sosiaalinen yksinäisyys ja puolison auttaminen

Taulukossa 7 esitetään multinomiaalisen regressioanalyysin tulokset puolison auttamisen ja sosiaalisen yksinäisyyden välisestä yhteydestä. Tarkastellaan aluksi vakioimattomia tuloksia (Taulukko 7, malli 1). Sairaan tai toimintakyvyltään heikentyneen puolison säännöllinen auttaminen ei ollut yhteydessä ryhmään kuulumisen tunteen kanssa. Puolisoaan säännöllisesti auttavat tutkittavat kaipasivat ei-auttajia todennäköisemmin joskus seuraa juttukaveriksi, kävelylle, elokuviin yms., kun vertailuluokkana olivat ne tutkittavat, jotka eivät koskaan kaipaa seuraa (OR=1,28; 95%lv=1,01–1,62). Puolison auttaminen oli tilastollisesti merkitsevästi yhteydessä ystävyyssuhteiden määrän vähenemiseen. Puolisoaan auttavien tutkittavien ystävyyssuhteet olivat viime vuosina vähentyneet todennäköisemmin kuin niiden tutkittavien, jotka eivät auta puolisoaan, kun vertailuluokkana on vastausluokka ”lisääntyneet” (OR=2,64; 95%lv=1,57–4,42).

Kun mallit (Taulukko 7, malli 2) vakioitiin sukupuolella, iällä, itsearvioidulla terveydellä ja taloudellisella tilanteella, tulokset olivat samansuuntaisia kuin vakioimattomien mallien tulokset. Samoin kuin vakioimattoman mallin tuloksissa, puolison auttaminen ei ollut tilastollisesti merkitsevästi yhteydessä ryhmään kuulumisen tunteeseen. Vakioinnin jälkeen puolison auttamisen ja sen, kaipaako tutkittava seuraa joskus, välinen yhteys ei ollut enää tilastollisesti merkitsevä (p=0,058). Mallin vakioinnin jälkeen puolison auttamisen ja ystävyyssuhteiden määrän vähenemisen välinen yhteys pysyi edelleen tilastollisesti merkitsevänä (p=0,012). Verrattuna niihin tutkittaviin, joiden ystävyyssuhteet olivat lisääntyneet, puolisoaan säännöllisesti auttavien tutkittavien todennäköisyys kuulua ryhmään, jonka ystävyyssuhteet ovat vähentyneet, oli suurempi kuin ei-auttajien (OR=1,99; 95%lv=1,16–3,39).

Yhdysvaikutustermin avulla havaittiin, että puolison auttamisella ja sukupuolella ei ollut yhdysvaikutusta sosiaalisen yksinäisyyden kokemiseen. Toisin sanoen puolison auttamisen ja sosiaalisen yksinäisyyden välisen yhteyden voimakkuudessa ei näyttänyt olevan eroa naisten ja miesten välillä (Taulukko 7, malli 3).

Taulukko 7. Sairaan tai toimintakyvyltään heikentyneen puolison säännöllisen auttamisen ja sosiaalisen yksinäisyyden välinen yhteys

	Malli 1 [a]			Malli 2 [b]			Malli 3 [c]
	OR [d]	**95%lv [e]**	**p-arvo**	**OR [d]**	**95%lv [e]**	**p-arvo**	**Yhdysvai-kutustermin p-arvo**
Tunnen kuuluvani ryhmään							
Täysin samaa mieltä [f]	1,00						
Osittain samaa mieltä	1,09	0,85–1,39	0,491	1,10	0,85–1,42	0,466	0,792
Osittain eri mieltä	1,16	0,82–1,63	0,397	1,19	0,83–1,71	0,333	0,124
Täysin eri mieltä	0,91	0,63–1,30	0,599	0,85	0,58–1,23	0,386	0,380
Kaipaan seuraa							
En koskaan [f]	1,00						
Joskus	1,28	1,01–1,62	**0,044**	1,27	0,99–1,64	0,058	0,377
Usein	0,94	0,62–1,44	0,781	0,85	0,54–1,33	0,481	0,612
Ystävyyssuhteeni ovat viime vuosina							
Lisääntyneet [f]	1,00						
Vähentyneet	2,64	1,57–4,42	**0,023**	1,99	1,16–3,39	**0,012**	0,536
Pysyneet samana	1,63	0,97–2,70	0,057	1,56	0,93–2,63	0,091	0,340

Taulukossa on lihavoituna tilastollisesti merkitsevät p-arvot.

[a] Vakioimaton malli

[b] Vakioitu malli. Malliin on sisällytetty kaikki selittävät muuttujat (puolison auttaminen, itse arvioitu terveys, taloudellinen tilanne, ikä ja sukupuoli) samanaikaisesti riippumatta niiden tilastollisesta merkitsevyydestä

[c] Malli sisältää selittävinä muuttujina puolison auttamisen ja sukupuolen sekä näiden yhdysvaikutustermin

[d] ristitulosuhde (OR) kertoo puolisoaan auttavan todennäköisyyden kuulua esitettyyn vastausluokkaan verrattua ei-auttajiin

[e] 95 %:n luottamusväli

[f] Vertailuluokka

8. POHDINTA

8.1. Tulosten yhteenveto ja pohdinta

Tässä pro-gradu tutkielmassa tarkasteltiin suomalaisten 65–84-vuotiaiden toimintakyvyltään heikentyneen tai sairaan puolison auttamisen ja yksinäisyyden kokemisen (emotionaalinen yksinäisyys ja sosiaalinen yksinäisyys) välistä yhteyttä. Lisäksi haluttiin selvittää, onko puolison auttamisen ja yksinäisyyden välisen yhteyden voimakkuudessa eroa miesten ja naisten välillä. Tutkielman tulokset osoittavat, että yksinäisyyden kokemukset olivat yleisempiä puolisoaan auttavien henkilöiden keskuudessa kuin niiden keskuudessa, jotka eivät auta puolisoaan. Puolison auttaminen oli yhteydessä yleisempään yksinäisyyden tunteeseen, ystävyyssuhteiden määrän vähenemiseen ja heikompaan avunsaantiin toisilta vielä senkin jälkeen, kun analyyseissä huomioitiin tutkittavan sukupuoli ja ikä sekä itsearvioitu terveys ja taloudellinen tilanne. Tutkimuksen tulokset osoittivat, että puolison auttamisen ja yksinäisyyden välisen yhteyden voimakkuudessa ei ollut eroa sukupuolten välillä.

Aikaisemmissa kansainvälisissä tutkimuksissa (esim. Smith ym. 2020; Gallagher & Wetherell, 2020; Hajek & König, 2019; Zwar ym., 2020; Hansen & Slagsvold, 2013) on saatu ristiriitaisia tuloksia puolison auttamisen ja yksinäisyyden välisestä yhteydestä. Suomessa aihetta ei ole juurikaan tutkittu. Joissakin tutkimuksissa on tarkasteltu omaishoitajien yksinäisyyttä (esim. Gothóni, 1991; Jylhä ym., 1996; Sihto ym., 2022; Pöysti ym., 2012). Vaikka tämän tutkimuksen kohderyhmänä eivät olleetkaan omaishoitajat, vaan puolisoaan säännöllisesti auttavat, on kuitenkin todennäköistä, että puolisoaan auttaviin kuului myös virallisen omaishoidon tuen piirissä olevia henkilöitä. Lisäksi raja toimintakyvyltään heikentyneen puolison säännöllisen auttamisen ja omaishoitajana toimimisen välillä on usein häilyvä (Omaishoitajaliitto, ei pvm.).

Esimerkiksi Sihto ja kumppanit (2022) sekä Pöysti ja kumppanit (2012) ovat tarkastelleet tutkimuksissaan omaishoitajien yksinäisyyttä, ja heidän tutkittaviensa joukossa yksinäisyyden kokemukset näyttäisivät olevan yleisempiä kuin väestöllä keskimäärin. Väestötasolla tarkasteltuna noin 20 prosenttia suomalaisista koki yksinäisyyttä vuonna 2022 (Laaninen & Niemelä, 2023). Vastaavasti Sihto ja kumppanit (2022) havaitsivat, että noin kaksi kolmasosaa heidän tutkittavistaan, yli 26-vuotiaista omaishoitajista, koki yksinäisyyttä, sosiaalista syrjäytyneisyyttä ja eristyneisyyttä. Tutkimuksen kysely toteutettiin 24.11.2020–8.3.2021. (Sihto ym., 2022.) Luvuista ei kuitenkaan voida tehdä suoria johtopäätöksiä omaishoitajien yksinäisyydestä suhteessa muuhun väestöön, sillä yksinäisyyttä on arvioitu Laanisen ja Niemelän (2023) sekä Sihdon ja kumppaneitten (2022) tutkimuksissa erilaisilla kysymyksillä. Lisäksi koronapandemian vaikutus yksinäisyyden kokemuksiin tulee huomioida tuloksia vertailtaessa, sillä Sihdon ja kumppanien (2022) tutkimuksen kysely on suoritettu aikaisemmassa vaiheessa koronapandemiaa kuin Laanisen ja Niemelän tutkimus (2023).

Myös Pöystin ja kumppanien (2012) tutkittavien joukossa, joka koostui dementoitunutta puolisoaan auttavista ikääntyneistä omaishoitajista, yksinäisyyden kokemukset näyttäisivät olevan yleisempiä kuin ikääntyneillä keskimäärin. Vuonna 2017 noin viisi prosenttia 70–79-vuotiaista miehistä ja noin yhdeksän prosenttia samanikäisistä naisista ilmoitti kokevansa yksinäisyyttä jatkuvasti tai melko usein (Martelin ym., 2018). Tämä on huomattavasti pienempi osuus kuin Pöystin ja kumppanien (2012) tutkimuksessa, jossa miehistä noin 77 prosenttia ja naisista noin 67 prosenttia ilmoitti tuntevansa itsensä yksinäiseksi vähintään joskus (Pöysti ym., 2012). Näidenkään lukujen välillä ei voi tehdä suoraa vertailua, sillä vastausvaihtoehdot kysymykseen ”Tunnetko itsesi yksinäiseksi?” olivat Martelinin ja kumppaneiden (2018) sekä Pöystin ja kumppaneiden (2012) tutkimuksissa hieman erilaiset. Lisäksi yksinäisyyden kokemusten on havaittu lisääntyneen väestötasolla tarkasteltuna 2010-luvun aikana, joten voi olla, että myös omaishoitajien yksinäisyydessä on tapahtunut muutoksia samassa suhteessa muun väestön kanssa (Laaninen & Niemelä, 2023). Tämän vuoksi eri vuosina suoritettujen kyselytutkimusten tuloksien vertailu yksinäisyyttä tarkasteltaessa saattaa olla ongelmallista.

Eskolan ja Saarenheimon (2005) mukaan sairasta tai toimintakyvyltään heikentynyttä puolisoaan auttavan yksinäisyyden kokemus liittyy usein ystävien etääntymiseen ja siihen, että henkilöllä ei ole tilanteessaan ketään, jonka kanssa jakaa vastuuta (Eskola & Saarenheimo, 2005). Tämän tutkimuksen tulokset ovat linjassa Eskolan ja Saarenheimon ajatusten kanssa, sillä puolison auttamisen havaittiin olevan yhteydessä ystävyyssuhteiden määrän vähenemiseen sekä heikompaan avunsaantiin toisilta, kun sitä eniten tarvitsee. Sairasta tai toimintakyvyltään heikentynyttä puolisoaan säännöllisesti auttavien todennäköisyys tuntea itsensä joskus yksinäiseksi oli noin puolitoistakertainen verrattuna ei-auttajiin, kun analyyseissa vakioitiin tutkittavan sukupuoli, ikä, terveydentila ja taloudellinen tilanne. Tämä tulos tukee aikaisemmissa tutkimuksissa tehtyjä havaintoja siitä, että puolison sairastuminen ja toimintakyvyn asteittainen heikkeneminen voivat johtaa emotionaalisen yksinäisyyden kokemuksiin. Yksinäisyyden kokemus saattaa liittyä esimerkiksi keskusteluyhteyden menettämiseen parisuhteessa tai sairaan puolison menettämisen pelkoon (Fee ym., 2023; Jylhä ym., 1996; Saarenheimo, 2005).

Tässä tutkimuksessa puolison auttamisen ja ryhmään kuulumisen tunteen välillä ei havaittu tilastollisesti merkitsevää yhteyttä. Eskola ja Saarenheimo (2005) havaitsivat, että iäkkäiden sairasta tai toimintakyvyltään heikentynyttä puolisoaan auttavien henkilöiden sosiaalinen verkosto näyttäisi kutistuvan riippumatta siitä, mistä sairaudesta autettava puoliso kärsii. He kuitenkin tuovat esille, että puolisoaan auttavien sosiaalinen verkosto saattaa myös kasvaa joiltakin osin esimerkiksi vertaisryhmien ja potilasjärjestötoiminnan kautta. (Eskola & Saarenheimo, 2005.) Joissakin tutkimuksissa on havaittu, että puolisoaan auttavilla on laajempi sosiaalinen verkosto kuin ei-auttajilla, ja että auttavaan rooliin siirtyminen on miehillä yhteydessä yhtäältä sosiaalisen verkoston kasvuun ja toisaalta lisääntyneeseen yksinäisyyteen (Ekwall ym., 2005; Zwar ym., 2020).

Yksinäisyys on subjektiivinen kokemus, eikä sosiaalisen verkoston koko välttämättä selitä yksinäisyyden kokemusta. Tässä tutkimuksessa suuri osa (75 %) puolisoaan auttavista oli osittain tai täysin samaa mieltä siitä, että he tuntevat kuuluvansa johonkin ryhmään, jolla on samat mielipiteet ja uskomukset kuin heillä itsellään. Kuitenkin puolisoaan auttavat tuntevat itsensä todennäköisemmin joskus yksinäiseksi kuin ei-auttajat. Näyttäisi siis siltä, että puolisoaan auttavien sosiaalisen verkoston tarjoama tuki ei ole riittävää suhteessa auttamistilanteen haastavuuteen.

Tutkittavien taustatietoja tarkasteltaessa havaittiin, että puolisoaan auttavat arvioivat terveytensä ja taloudellisen tilanteensa huonommaksi kuin ne henkilöt, jotka eivät auta puolisoaan. Myös aikaisemmassa tutkimuskirjallisuudessa on havaittu, että sairaan tai toimintakyvyltään heikentyneen puolison auttaminen on yhteydessä moniin kielteisiin taloudellisiin ja terveydellisiin vaikutuksiin (Capistrant, 2016). On syytä huomioida, että puolisoaan auttavat ovat tässä tutkimuksessa hieman vanhempia kuin ei-auttavat, mikä saattaa osittain selittää puolisoaan auttavien huonompaa terveyttä ja taloudellista tilannetta.

Tässä pro gradu -tutkielmassa ei havaittu sukupuolella ja puolison auttamisella olevan yhdysvaikutusta yksinäisyyden kokemuksiin, muuta kuin yksinäisyyden tunnetta kuvaavan muuttujan kohdalla. Aikaisemmissa tutkimuksissa on havaittu, että suoraan kysyttäessä naiset raportoivat tuntevansa yksinäisyyttä useammin kuin miehet (Borys & Perlman, 1985; Lau & Gruen, 1992). Myös tässä tutkimuksessa naiset ilmoittivat miehiä useammin tuntevansa itsensä yksinäiseksi. Tästä huolimatta naiset olivat miehiä useammin täysin samaa mieltä esimerkiksi siitä, että heillä on läheisiä ihmissuhteita, jotka tuovat heille henkistä turvallisuuden tunnetta sekä siitä, että he tietävät saavansa apua muilta ihmisiltä silloin, kun sitä eniten tarvitsevat. Tämä ristiriita saattaa selittyä sillä, että yksinäisiin miehiin saatetaan suhtautua kielteisemmin kuin yksinäisiin naisiin, ja siksi miehet saattavat aliraportoida kokemaansa yksinäisyyttä, kun asiasta kysytään suoraan (Borys & Perlman, 1985; Lau & Gruen, 1992). Lisäksi naisten on havaittu käyttävän yleisesti enemmän tunnesanoja kuin miesten, ja miehet puolestaan kuvaavat asioita useammin ”tosiasioina”, joihin ei liitetä tunteita (ks. esim. Jylhä ym., 1996). Aikaisempaan tutkimuskirjallisuuteen perustuen tämän tutkimuksen hypoteesina oli, että puolison auttamisen ja yksinäisyyden välinen yhteys olisi voimakkaampi naisilla kuin miehillä. Jo kuvailevissa analyyseissä ristiintaulukoimalla kuitenkin havaittiin, että puolisoaan auttavilla ja ei-auttavilla naisilla ei ollut eroa yksinäisyyden tunteessa, kun taas puolisoaan auttavien ja ei-auttavien miesten välillä oli tilastollisesti merkitsevä ero yksinäisyyden tunteessa. Näin oli myös läheisiä ihmissuhteita kuvaavan muuttujan kohdalla. Tämän tutkimuksen tulokset ovat yhdenmukaisia esimerkiksi Zwarin ja kumppanien (2020) tulosten kanssa, joissa havaittiin, että siirtyminen auttajan rooliin oli tilastollisesti merkitsevästi yhteydessä lisääntyneeseen yksinäisyyteen miehillä, mutta ei naisilla tai molempia sukupuolia yhdessä tarkasteltaessa (Zwar ym., 2020). Naiset saattavat hakea itselleen miehiä herkemmin apua ja tukea virallisilta tahoilta sekä puhua auttamistilanteeseen liittyvistä vaikeista tunteista (Polenick ym. 2017).

Tämä voi osittain selittää sitä, miksi puolisoaan auttavat miehet olivat ei-auttavia miehiä tilastollisesti merkitsevästi todennäköisemmin yksinäisempiä, kun tarkasteltiin yksinäisyyden tunnetta ja henkistä turvallisuuden tunnetta tuovia muuttujia, mutta naisilla vastaavaa eroa ei ollut.

Sairaan tai toimintakyvyltään heikentyneen puolison säännöllinen auttaminen näyttäisi olevan 65–84-vuotiaiden suomalaisten keskuudessa yleistä. Aikaisemmissa tutkimuksissa on havaittu, että väestötasolla tarkasteltuna naiset auttavat läheisiään miehiä enemmän (esim. Vilkko ym., 2014). Ikääntyneitä tarkasteltaessa erot auttamisessa sukupuolten välillä vaikuttaisivat olevan melko pieniä. Esimerkiksi FinTerveys 2017 -tutkimuksen mukaan väestötasolla tarkasteltuna noin 11 prosenttia suomalaisista miehistä ja 12 prosenttia naisista auttaa säännöllisesti samassa kotitaloudessa asuvaa toimintakyvyltään heikentynyttä henkilöä (Koskinen, Sainio ym. 2018). Tässä tutkimuksessa puolisoaan säännöllisesti auttavien osuus oli noin kaksinkertainen (23,9 %) verrattuna FinTerveys 2017 -tutkimuksessa saatuihin lukuihin. FinTerveys -tutkimuksessa tarkasteltiin koko väestöä. Joten niihin, jotka eivät auttaneet säännöllisesti samassa kotitaloudessa asuvaa toimintakyvyltään heikentynyttä läheistään, kuului todennäköisesti myös yksinasuvia. Tässä pro gradu -tutkielmassa tarkasteltiin vain niitä vastaajia, jotka olivat ilmoittaneet olevansa avioliitossa, avoliitossa tai rekisteröidyssä parisuhteessa. On kuitenkin mahdollista, että myös tässä ryhmässä on yksinasuvia, mutta voitaneen olettaa, että yksinasuvien tutkittavien osuus on melko pieni.

Yksinäisyys saatetaan mieltää passiiviseksi tilaksi, vaikka esimerkiksi Dahlbergin (2007) tutkimuksessa haastateltavat kertoivat, että yksinäisyyteen liittyy jatkuva aktiivisuuden vaatimus. Haastateltavat toivat esille, että he joutuvat jatkuvasti ponnistelemaan sen eteen, etteivät joutuisi olemaan täysin yksin. (Dahlberg, 2007.) Ikääntyneiltä odotetaan aiempaa aktiivisempaa osallistumista sosiaaliseen yhteistoimintaan ja vastuunkantoa omasta terveydestään (Kestilä & Karvonen, 2019). Nostamalla esiin puolisoaan auttavien kohtaamia haasteita ja vaikeita tunteita, voidaan vähentää yksinäisyyteen liittyvää häpeää, mikä toivottavasti madaltaa yksinäisyydestä kärsivien kynnystä hakea apua. Vaikka passivoitumisen saatetaan mieltää kuuluvan osaksi ikääntymistä, tämän tutkimuksen tulokset osoittavat, että varsin suuri osa ikääntyneistä auttaa säännöllisesti puolisoaan. Myös aikaisemmissa tutkimuksissa on havaittu puolisoiden tarjoavan merkittävän osan epävirallisesta avusta ikääntyneiden joukossa Euroopassa (Bertogg & Strauss, 2020).

Sairasta tai toimintakyvyltään heikentynyttä puolisoaan auttavat kokevat usein, ettei heillä ole mahdollisuutta valita, auttaako puolisoaan vai ei (Schulz ym., 2020). Suuri osa läheisten tarjoamasta avusta ja hoivasta tapahtuu virallisen omaishoitosopimuksen ulkopuolella (Omaishoitajaliitto, ei pvm.). Omaishoitotilanteet jäävät usein tunnistamatta, ja suuri osa omaistaan auttavista jää virallisen tuen ulkopuolelle, vaikka auttaminen olisikin hyvin kuormittavaa (Purhonen ym., 2011). Siksi onkin tärkeää huomioida tämän ”näkymättömän” ryhmän, virallisen omaishoitosopimuksen ulkopuolella

puolisoaan auttavien, tarpeet ja auttamissuhteen aiheuttamat haasteet. Näin on etenkin siksi, että puolisoaan auttavat saattavat kokea ulkopuolisen avun hakemisen moraalisesti ongelmalliseksi (Saarenheimo, 2005). Sairaan tai toimintakyvyltään heikentyneen puolison auttamisen on aikaisemmissa tutkimuksissa havaittu olevan yhteydessä moniin haitallisiin taloudellisiin, sosiaalisiin ja terveydellisiin vaikutuksiin (ks. esim. Chih-Kuang Liang ym., 2024). Puolison auttamiseen liittyvät kielteiset tunteet saatetaan kokea vaikeiksi ja häpeällisiksi (Jylhä ym., 1996). Kuitenkin vaikeiden tunteiden sanoittaminen ja niiden jakaminen toisen ihmisen kanssa voisi auttaa vaikeista auttamistilanteista selviämisessä (Fee ym., 2023). Näissä auttamistilanteissa olisi tärkeää seurata auttajan kuormittuneisuutta. Palveluja tulisi kehittää niin, että ne pystyisivät takaamaan sairasta tai toimintakyvyltään heikentynyttä puolisoaan auttaville riittävästi tukea riittävän ajoissa. Palvelujen olisi kyettävä reagoimaan nopeasti, jos auttajan tilanne muuttuu.

Vaikka yleistyksiä tehtäessä on syytä noudattaa varovaisuutta, voidaan tämän tutkimuksen tuloksista kuitenkin tehdä vähintäänkin suuntaa antavia johtopäätöksiä. Tämän tutkimuksen tulokset viittaisivat siihen, että sairasta tai toimintakyvyltään heikentynyttä puolisoaan säännöllisesti auttavat 65–84-vuotiaat suomalaiset kokevat ei-auttavia useammin yksinäisyyttä. Aihetta tulisi kuitenkin tutkia nykyistä enemmän, jotta ymmärrettäisiin paremmin ikääntyneiden puolisoaan auttavien henkilöiden kokemaa yksinäisyyttä ja sen taustalla vaikuttavia mekanismeja.

8.2. Tutkimuksen eettisyys

SoWell-hankkeen kyselytutkimus on saanut Tampereen alueen ihmistieteiden eettisen toimikunnan puoltavan lausunnon (lausunto 51/20202, 24.6.2020). Puoltavan lausunnon edellytyksenä on, että tutkimus noudattaa tutkimuksen tekemisen yleisiä eettisiä periaatteita, eli tutkimuksen tulee kunnioittaa tutkittavien ihmisarvoa ja oikeuksia, kuten yksityisyyttä ja itsemääräämisoikeutta (Kallinen & Kinnunen, 2021). Tutkittavien yksityisyyden ja itsemääräämisoikeuden kunnioitus ilmenee muun muassa kyselytutkimuksen tutkimustiedotteesta. Ennen kyselyyn vastaamista tutkittavien oli mahdollisuus tutustua tutkimustiedotteeseen, jossa selvitettiin yksityiskohtaisesti tutkimuksen tarkoitus, toteuttaja, rahoittaja ja vastuullinen johtaja. Tiedotteesta selvisi myös, että tutkimukseen osallistuminen oli vapaaehtoista ja vastaajalla oli mahdollisuus halutessaan jättää vastaamatta kysymyksiin, jotka tuntuvat liian arkaluontoisilta. Vastaajalla oli myös mahdollisuus perua osallistumisensa ja poistaa tietonsa tutkimuksesta myös jälkeenpäin. Kyselyyn liittyvässä saatekirjeessä selvitettiin myös tutkimuksen kulkua. Lisäksi saatekirjeessä kerrottiin, miten tutkimuksen osallistujien tietoja käsitellään ja säilytetään. Vastaajilla oli mahdollisuus tutustua tutkimuksen tietosuojailmoitukseen, jossa kerrottiin muun muassa, miten tutkimuksen osallistujien tietoja käsitellään ja säilytetään. Tutkimustiedote, saatekirje ja tietosuojailmoitus postitettiin kaikille vastaajille. Tämän lisäksi tutkimustiedote ja tietosuojailmoitus olivat luettavissa SoWell-hankkeen nettisivuilla (https://projects.tuni.fi/sowell/tutkimustiedote/).

Tätä pro gradu -tutkielmaa tehdessä ei missään vaiheessa käsitelty tutkittavien henkilötietoja. Tutkielmaa varten muodostettu aineisto hävitetään asianmukaisesti tutkielman valmistumisen jälkeen.

8.3. Tutkielman vahvuuksia ja rajoituksia

Tässä tutkimuksessa käytetyn aineiston vastausprosentti (62 %) oli korkea. On kuitenkin huomioitava, että niiden joukossa, jotka eivät vastanneet kyselyyn, on todennäköisesti toimintakyvyltään ja terveydeltään kyselyyn vastanneita huonokuntoisempia henkilöitä. Tämä saattaa vaikuttaa tulosten yleistettävyyteen, sillä yksinäisyyden on havaittu korreloivan heikentyneen toimintakyvyn ja terveyden kanssa. Toisaalta huonokuntoisemmat henkilöt saattavat olla pikemminkin avun vastaanottajia kuin sen tarjoajia, ja tässä tapauksessa voidaan olettaa, että huonokuntoisempien tutkittavien poisjääminen ei juurikaan vaikuta tulosten yleistettävyyteen. Tätä ei kuitenkaan voi pitää itsestäänselvyytenä, joten yleistyksiä tehtäessä on syytä noudattaa varovaisuutta.

Yksinäisyydelle ei ole olemassa yhtä yksiselitteistä määritelmää. Sitä on tutkittu aikaisemmassa tutkimuskirjallisuudessa monista teoreettisista lähtökohdista käsin ja monilla erilaisilla menetelmillä. Tämän tutkielman yhtenä vahvuutena voidaan pitää sitä, että yksinäisyyttä arvioitiin usealla eri muuttujalla. Näin pyrittiin hahmottamaan, kuinka moninainen ilmiö yksinäisyys todellisuudessa on. Tutkielmassa pyrittiin huomioimaan sekä yksinäisyyden emotionaalinen että sosiaalinen ulottuvuus. Yleensä yksinäisyystutkimuksessa on erotettu toisistaan emotionaalinen yksinäisyys ja sosiaalinen eristäytyneisyys, mutta harvoissa puolisoaan auttaviin kohdistuneissa tutkimuksissa on käsitelty sekä emotionaalista että sosiaalista yksinäisyyttä. Englanninkielisessä tutkimuskirjallisuudessa yksinäisyyden emotionaalisesta ulottuvuudesta puhuttaessa käytetään usein vain termiä ”*loneliness*”. Yksinäisyyden sosiaalisesta ulottuvuudesta puhuttaessa puolestaan käytetään usein termiä ”*social isolation*”. (esim Hajek ym., 2021.) Sekä yksinäisyyden emotionaalista että sosiaalista ulottuvuutta on arvioitu tutkimuksissa monilla erilaisilla kysymyksillä. Tyypillisimmin emotionaalista yksinäisyyttä arvioidaan yksinkertaisesti kysymällä, tunteeko vastaaja itsensä yksinäiseksi. Toisaalta emotionaalista yksinäisyyttä on mitattu myös esimerkiksi kysymällä, kuinka usein vastaaja tuntee itsensä yksinäiseksi tai kuinka yksinäiseksi hän itsensä tuntee verrattuna muihin ikätovereihinsa. Myös vastausvaihtoehdot samoihin kysymyksiin voivat olla eri tutkimuksissa erilaisia. Tämä vaikeuttaa vertailun tekemistä eri tutkimusten välillä.

Tässä tutkimuksessa huomioitiin sekoittavina tekijöinä tutkittavan sukupuoli, ikä, itsearvioitu terveys ja taloudellinen tilanne. Tuloksia arvioidessa on kuitenkin syytä huomioida, että yksinäisyyden ja erilaisten terveyshaittojen välistä syy-seuraussuhdetta on vaikea arvioida (Courtin & Knapp, 2017). Yhtäältä on mahdollista, että terveyteen ja toimintakykyyn liittyvät ongelmat vaikuttavat yksinäisyyttä lisäävästi (esim. Kangassalo & Teeri, 2017). Toisaalta saattaa olla, että yksinäisyydellä on

negatiivinen vaikutus yksilön terveyteen (ks. esim. Chih-Kuang Liang ym., 2024.) Analyyseissä huomioitiin ainoana sosioekonomisena tekijänä tutkittavan tulotaso. Analyyseissä ei huomioitu tutkittavan työllisyystilannetta, sillä 65 vuotta täyttäneiden ikäryhmässä työllisyystilanteen vaikutus ei ole kovin merkittävä, koska ikääntyneistä suuri osa on jo eläkkeellä. Analyyseissä ei myöskään huomioitu tutkittavan koulutustasoa, sillä aikaisemmissa tutkimuksissa on arvioitu, että koulutustason vaikutus yksinäisyyteen saattaa olla epäsuora ja vaikutus tapahtuu esimerkiksi tulotason kautta (Luhmann & Hawkley, 2016). Analyyseihin valittujen taustamuuttujien lisäksi on mahdollista, että puolison auttamisen ja yksinäisyyden väliseen yhteyteen vaikuttavat myös jotkin muut sekoittavat tekijät, joita ei otettu analyyseissä huomioon.

Tässä tutkimuksessa ei määritelty, minkälaista apua auttava osapuoli tarjoaa puolisolleen. Auttaminen on käsitteenä laaja, ja se voidaan ymmärtää hyvin eri tavoin. Sillä, minkälaista ja kuinka intensiivistä apua puoliso tarvitsee, on havaittu olevan merkitystä puolisoaan auttavan kuormittuneisuuteen. Myöskään autettavan osapuolen sairautta tai toimintakyvyn rajoitetta ei kysytty.

Kyselytutkimuksen aineiston keruu tapahtui koronaviruspandemian aikana. Kyselyssä ja sen vastausohjeissa useassa kohdassa ohjeistettiin vastaajaa miettimään aikaa ennen koronaviruspandemiaa, eli niin sanottua normaalia tilannetta. Tästä huolimatta koronaviruspandemia ja sen aiheuttamat rajoitukset, jotka kohdistuivat erityisesti yli 70-vuotiaiden ikäryhmään, saattoivat vaikuttaa tutkittavien tuntemuksiin ja heidän antamiinsa vastauksiin.

8.4. Jatkotutkimusaiheet

Puolisoaan auttavien kokemaa yksinäisyyttä on Suomessa tutkittu vain vähän, ja kansainvälisistä tutkimuksista saadut tulokset ovat ristiriitaisia. Koska yksinäisyydelle annetut merkitykset voivat vaihdella eri kulttuureissa ja eri aikoina, ei kansainvälisistä tutkimustuloksista voida tehdä suoria johtopäätöksiä suomalaisten iäkkäiden puolisoaan auttavien henkilöiden yksinäisyydestä. Tämän vuoksi aihetta olisi tärkeää tutkia Suomen kontekstissa erityisesti koronaviruspandemian jälkeen. Tulevissa tutkimuksissa olisi hyvä ottaa huomioon, minkälaista ja kuinka intensiivistä apua puolisoaan auttava henkilö tarjoaa avun vastaanottajalle. Auttamistapa voi olla vaihdella esimerkiksi neuvojen antamisesta puolison täysipäiväiseen hoivaan ja huolenpitoon.

Suomalaistutkimuksissa puolison auttamista on käsitelty pääasiassa virallisten omaishoitajien näkökulmasta. Moni sairasta tai toimintakyvyltään heikentynyttä puolisoaan säännöllisesti auttava henkilö ei kuitenkaan tunnista itseään omaishoitajaksi, ja tämän ryhmän tunteet ja tarpeet jäävät näkymättömiksi, kun tarkastellaan vain virallisen tuen piirissä olevia omaishoitajia. Lisäksi olisi hyvä selvittää tarkemmin, minkälaisesta sairaudesta tai toimintakyvyn rajoitteesta avun vastaanottaja kärsii. Monet aikaisemmat tutkimukset ovat keskittyneet dementiaa sairastavaa puolisoaan auttavan

henkilön kokemaan yksinäisyyteen. Myös muista sairauksista kärsivää puolisoa auttavien henkilöiden yksinäisyyden kokemuksia olisi hyvä tarkastella ja selvittää, onko avun vastaanottajan sairaudella vaikutusta auttavan osapuolen yksinäisyyteen.

Olisi ihanteellista, jos yksinäisyyttä arvioitaisiin vakiintuneilla instrumenteilla, kuten yleisesti yksinäisyyden mittaamiseen käytetyllä UCLA-mittarilla. UCLA-mittari ottaa huomioon myös yksinäisyyden sosiaalisen ulottuvuuden, joka on tärkeää huomioida yksinäisyyttä tarkasteltaessa. Vakiintuneiden instrumenttien käyttäminen mahdollistaa puolisoaan auttavien yksinäisyyden kokemusten ajallisen tai maiden välisen vertailun tekemisen. Lisäksi olisi tärkeää tarkastella tarkemmin, mitkä mekanismit vaikuttavat puolison auttamisen sekä emotionaalisen ja sosiaalisen yksinäisyyden välisen yhteyden taustalla. Taustamekanismien lisäksi olisi tärkeää tarkastella, mitkä tekijät suojaavat puolisoaan auttavia yksinäisyydeltä. Taustamekanismien ja suojaavien tekijöiden tuntemisesta on hyötyä, kun kehitetään yksinäisyyteen vaikuttavia interventioita.

LÄHTEET:

Aartsen, M. J. & Jylhä, M. (2011). Onset of loneliness in older adults: results of a 28 year prospective study. *European Journal of Ageing*, *8*(1), 31–38. https://doi.org/10.1007/s10433-011-0175-7

Adams, K. B. (2008). Specific effects of caring for a spouse with dementia: Differences in depressive symptoms between caregiver and non-caregiver spouses. *International psychogeriatrics*, *20*(3), 508–520. https://doi.org/10.1017/S1041610207006278

Adebisi, Y. A., Lin, X., Kouwenhoven, M. B. N. & Lucero-Prisno, D. E. (2024). Loneliness is associated with smoking and alcohol consumption in older adults: Findings from the Chinese Longitudinal Healthy Longevity Survey. *Journal of Medicine, Surgery, and Public Health*, *3*. https://doi.org/10.1016/j.glmedi.2024.100075

Andersson, L., Mullins, L. & Johnson, P. (1987). Parental intrusion versus social-isolation - a dichotomous view of the sources of loneliness. *Journal of social behavior and personality*, *2*(2), 125–134.

Beeson, R. A. (2003). Loneliness and depression in spousal caregivers of those with Alzheimer's disease versus non-caregiving spouses. *Archives of psychiatric nursing*, *17*(3), 135–143. https://doi.org/10.1016/S0883-9417(03)00057-8

Bertogg, A. & Strauss, S. (2020). Spousal care-giving arrangements in Europe. The role of gender, socio-economic status and the welfare state. *Ageing and society*, *40*(4), 735–758. https://doi.org/10.1017/S0144686X18001320

Borys, S. & Perlman, D. (1985). Gender Differences in Loneliness. *Personality & social psychology bulletin*, *11*(1), 63–74. https://doi.org/10.1177/0146167285111006

Bowling, A. (1997). *Measuring health: A review of quality of life measurement scales* (2. p.). Open University Press.

Byun, E., Lerdal, A., Gay, C. L. & Lee, K. A. (2016). How Adult Caregiving Impacts Sleep: A Systematic Review. *Current sleep medicine reports*, *2*(4), 191–205. https://doi.org/10.1007/s40675-016-0058-8

Cacioppo, J. T. & Cacioppo, S. (2018). The growing problem of loneliness. *The Lancet*, *391*(10119), 426–426. https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)30142-9

Capistrant, B. D. (2016). Caregiving for Older Adults and the Caregivers' Health: An Epidemiologic Review. *Current epidemiology reports*, *3*(1), 72–80. https://doi.org/10.1007/s40471-016-0064-x

Capistrant, B. D., Moon, J. R., Berkman, L. F. & Glymour, M. M. (2012). Current and long-term spousal caregiving and onset of cardiovascular disease. *Journal of epidemiology and community health*, *66*(10), 951–956. https://doi.org/10.1136/jech-2011-200040

Capistrant, B. D., Moon, J. R. & Glymour, M. M. (2012). Spousal caregiving and incident hypertension. *American journal of hypertension*, *25*(4), 437–443. https://doi.org/10.1038/ajh.2011.232

Capistrant, B. D., Berkman, L. F. & Glymour, M. M. (2014). Does Duration of Spousal Caregiving Affect Risk of Depression Onset? Evidence from the Health and Retirement Study. *The American journal of geriatric psychiatry*, *22*(8), 766–770. https://doi.org/10.1016/j.jagp.2013.01.073

Chih-Kuang, L., Che-Sheng & Liang-Kung Chen. (2023). Impacts of loneliness and social isolation on healthy longevity in older adults. Teoksessa H.-H. König, A. Hajek & S. Rieder-Heller (toim.), *Loneliness and Social Isolation in Old Age: Correlates and Implications* (s. 15–26). Routledge. https://doi.org/10.4324/9781003289012

Courtin, E. & Knapp, M. (2017). Social isolation, loneliness and health in old age: A scoping review. *Health & social care in the community*, *25*(3), 799–812. https://doi.org/10.1111/hsc.12311

Dahlberg, K. (2007). The enigmatic phenomenon of loneliness. *International journal of qualitative studies on health and well-being*, *2*(4), 195–207. https://doi.org/10.1080/17482620701626117

Del-Pino-Casado, R., Rodríguez Cardosa, M., López-Martínez, C. & Orgeta, V. (2019). The association between subjective caregiver burden and depressive symptoms in carers of older relatives: A systematic review and meta-analysis. *PloS one*, *14*(5), e0217648–e0217648. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0217648

de Jong Gierveld, J., van Tilburg, T. & Dykstra, P. A. (2006). Loneliness and Social Isolation. Teoksessa A. L. Vangelisti & D. Perlman (toim.), The Cambridge Handbook of Personal Relationships (s. 485–500). Cambridge University Press.

Ekwall, A. K., Sivberg, B. & Hallberg, I. R. (2005). Loneliness as a predictor of quality of life among older caregivers. *Journal of advanced nursing*, *49*(1), 23–32. https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2004.03260.x

Eskola, P. & Saarenheimo, M. (2005). Omaishoitoperheen sosiaalinen verkosto. Teoksessa M. Saarenheimo & M. Pietilä (toim.), *Kaksin kotona: läkkäiden omaishoitoperheiden arjen ulottuvuuksia* (s. 53–67). Vanhustyön keskusliitto.

Fee, A., McIlfatrick, S. & Ryan, A. (2023). 'The care circle consists of me.' Loneliness and social isolation for older male spousal care-givers. A qualitative study. *Ageing and society*, *43*(3), 706–723. https://doi.org/10.1017/S0144686X21000854

Finlex (ei pvm.) Laki omaishoidon tuesta. Saatavilla 10.10.2023 https://finlex.fi/fi/laki/alkup/2005/20050937

Gallagher, S. & Wetherell, M. A. (2020). Risk of depression in family caregivers: Unintended consequence of COVID-19. *BJPsych open*, *6*(6), e119–e119. https://doi.org/10.1192/bjo.2020.99

Gothóni, R. (1991). *Omaiset—Loppuunpalaneita ihmisiä vai käyttämätön voimavara*. Sosiaali- ja terveysministeriö.

Hajek, A., Kretzler, B. & König, H.-H. (2021). Informal caregiving, loneliness and social isolation: A systematic review. *International journal of environmental research and public health*, *18*(22), 12101. https://doi.org/10.3390/ijerph182212101

Hajek, A. & König, H.-H. (2019). Impact of informal caregiving on loneliness and satisfaction with leisure-time activities. Findings of a population-based longitudinal study in germany. *Aging & mental health*, *23*(11), 1539–1545. https://doi.org/10.1080/13607863.2018.1506739

Hansen, T. & Slagsvold, B. (2013). The Psychological Effects of Providing Personal Care to a Partner: A Multidimensional Perspective. *Health psychology research*, *1*(2), e25–e25. https://doi.org/10.4081/hpr.2013.e25

Hansen, T. & Slagsvold, B. (2015). Feeling the squeeze?: The effects of combining work and informal caregiving on psychological well-being. *European journal of ageing*, *12*(1), 51–60. https://doi.org/10.1007/s10433-014-0315-y

Hawkley, L., Zheng, B., Hedberg, E. C., Huisingh-Scheetz, M. & Waite, L. (2020). Cognitive Limitations in Older Adults Receiving Care Reduces Well-Being Among Spouse Caregivers. *Psychology and aging*, *35*(1), 28–40. https://doi.org/10.1037/pag0000406

Heikkilä, T. (2008). Tilastollinen tutkimus (7. uud. p.). Edita.

Holopainen, Martti. & Pulkkinen, Pekka. (2015). *Tilastolliset menetelmät* (5.-10. uud. p.). WSOY Oppimateriaalit.

Iecovich, E. (2016). Do caregiving burden and satisfaction predict loneliness in older care recipients? *Aging & Mental Health*, *20*(4), 441–449. https://doi.org/10.1080/13607863.2015.1020413

Jessen, M. A. B., Pallesen, A. V. J., Kriegbaum, M. & Kristiansen, M. (2018). The association between loneliness and health—A survey-based study among middle-aged and older adults in Denmark. *Aging & mental health*, *22*(10), 1338–1343. https://doi.org/10.1080/13607863.2017.1348480

Junttila, N. (2016). Yksinäisyyden ulottuvuudet. Teoksessa J. Saari (Toim.), *Yksinäisten Suomi* (s. 40–53). Gaudeamus.

Jylhä, M. (2004). Old Age and Loneliness: Cross-sectional and Longitudinal Analyses in the Tampere Longitudinal Study on Aging. *Canadian journal on aging*, *23*(2), 157–168. https://doi.org/10.1353/cja.2004.0023

Jylhä, M., Salonen, P., Mäki, O. & Hervonen, A. (1996). *25 tunnin vuorokausi: Omaisten kokemuksia elämästä dementiapotilaan kanssa*. Stakes.

Kangasniemi, J. (2005). Mitä on yksinäisyys? Teoksessa K. Jokinen (Toim.), *Yksinäisten sanat: Kirjoituksia omasta tilasta, erillisyydestä ja yksinolosta* (s. 227–307). Jyväskylän yliopisto.

Kangassalo, R. & Teeri, S. (2017). Yksinäisyys kotona asuvien iäkkäiden elämässä. *Gerontologia*, *31*(4), 278–290. https://doi.org/10.23989/gerontologia.63106

Kaplan, G., Goldberg, D. E., Everson, S. A., Cohen, R. D., Salonen, R., Tuomilehto, J. & Salonen, J. (1996). Perceived Health Status and Morbidity and Mortality: Evidence from the Kuopio Ischaemic Heart Disease Risk Factor Study. *International journal of epidemiology*, *25*(2), 259–265. https://doi.org/10.1093/ije/25.2.259

Kestilä, L. & Karvonen, S. (2019). Johdanto. Teoksessa L. Kestilä & S. Karvonen (Toim.), *Suomalaisten hyvinvointi 2018* (s. 9–23). Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/137498/THL_Suomalaisten%20hyvinvointi%202018.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Kestilä, L. & Martelin, T. (2019). Suomen väestörakenne ja sen kehitys. Teoksessa L. Kestilä, S. Karvonen & A.-M. Aalto (Toim.), *Suomalaisten hyvinvointi 2018* (s. 26–45) Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/137498/THL_Suomalaisten%20hyvinvointi%202018.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Kiecolt-Glaser, J. K., Preacher, K. J., MacCallum, R. C., Atkinson, C., Malarkey, W. B. & Glaser, R. (2003). Chronic Stress and Age-Related Increases in the Proinflammatory Cytokine IL-6. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, *100*(15), 9090–9095. https://doi.org/10.1073/pnas.1531903100

Koskinen, S., Manderbacka, K. & Koponen, P. (2018). Koettu terveys ja pitkäaikaissairastavuus. Teoksessa P. Koponen, K. Borodulin, A. Lundqvist, K. Sääksjärvi, S. Koskinen & A.-M. Aalto (Toim.), *Terveys, toimintakyky ja hyvinvointi Suomessa – FinTerveys 2017 -tutkimus* (s. 50–52). Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/136223/Rap_4_2018_FinTerveys_verkko.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Koskinen, S., Sainio, P. & Alastalo, H. (2018). Avun tarve, saanti ja antaminen. Teoksessa P. Koponen, K. Borodulin, A. Lundqvist, K. Sääksjärvi & S. Koskinen (Toim.), *Terveys, toimintakyky ja hyvinvointi Suomessa – FinTerveys 2017 -tutkimus.* (s. 159–164). Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/136223/Rap_4_2018_FinTerveys_verkko.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Koskinen, S., Tuulio-Henriksson, A.-M., Ngandu, T. & Sainio, P. (2018). Kognitiivinen toimintakyky. Teoksessa P. Koponen, K. Borodulin, A. Lundqvist, K. Sääksjärvi, S. Koskinen & A.-M. Aalto (Toim.), *Terveys, toimintakyky ja hyvinvointi Suomessa – FinTerveys 2017 -tutkimus* (s. 118–122). Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/136223/Rap_4_2018_FinTerveys_verkko.pdf?sequence=1&isAllowed=y

KvantiMOTV. (ei pvm.) *Mittaaminen: Mittarin luotettavuus*. Saatavilla 15.12.2023 https://www.fsd.tuni.fi/menetelmaopetus/mittaaminen/luotettavuus.html

Laaninen, M. & Niemelä, M. (2023). Koettu yksinäisyys Suomessa 2016–2022. *Yhteiskuntapolitiikka*, *88*(3), 237–247.

Lau, S. & Gruen, G. E. (1992). The Social Stigma of Loneliness: Effect of Target Person's and Perceiver's Sex. *Personality & social psychology bulletin*, *18*(2), 182–189. https://doi.org/10.1177/0146167292182009

Lavela, S. L. & Ather, N. (2010). Psychological health in older adult spousal caregivers of older adults. *Chronic Illness*, *6*(1), 67–80. https://doi.org/10.1177/1742395309356943

Lindt, N., van Berkel, J. & Mulder, B. C. (2020). Determinants of overburdening among informal carers: A systematic review. *BMC Geriatrics*, *2020*(20). https://doi.org/10.1186/s12877-020-01708-3

Luhmann, M. & Hawkley, L. C. (2016). Age Differences in Loneliness From Late Adolescence to Oldest Old Age. *Developmental psychology*, *52*(6), 943–959. https://doi.org/10.1037/dev0000117

Martelin, T., Nieminen, T., Sainio, P., Koskinen, S. & Tiikkainen, P. (2018). Sosiaalinen toimintakyky. Teoksessa P. Koponen, K. Borodulin, A. Lundqvist, K. Sääksjärvi, S. Koskinen & A.-M. Aalto (Toim.), *Terveys, toimintakyky ja hyvinvointi Suomessa – FinTerveys 2017 -tutkimus* (s. 123–128). Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/136223/Rap_4_2018_FinTerveys_verkko.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Masterson Creber, R., Allison, P. D. & Riegel, B. (2013). Overall perceived health predicts risk of hospitalizations and death in adults with heart failure: A prospective longitudinal study. *International journal of nursing studies*, *50*(5), 671–677. https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2012.10.001

Metsämuuronen, J. (2008). *Monimuuttujamenetelmien perusteet SPSS-ympäristössä*. International Methelp.

Mills, P. J., Ancoli-Israel, S., Känel, R. von, Mausbach, B. T., Aschbacher, K., Patterson, T. L., Ziegler, M. G., Dimsdale, J. E. & Grant, I. (2009). Effects of gender and dementia severity on Alzheimer's disease caregivers' sleep and biomarkers of coagulation and inflammation. *Brain, behavior, and immunity*, *23*(5), 605–610. https://doi.org/10.1016/j.bbi.2008.09.014

Nicholson, N. R., Feinn, R., Casey, E. A. & Dixon, J. (2020). Psychometric Evaluation of the Social Isolation Scale in Older Adults. *The Gerontologist*, *60*(7), e491–e501. https://doi.org/10.1093/geront/gnz083

Noguchi, T., Saito, M., Aida, J., Cable, N., Tsuji, T., Koyama, S., Ikeda, T., Osaka, K. & Kondo, K. (2021). Association between social isolation and depression onset among older adults: A cross-national longitudinal study in England and Japan. *BMJ open*, *11*(3), e045834–e045834. https://doi.org/10.1136/bmjopen-2020-045834

Norton, M. C., Smith, K. R., Østbye, T., Tschanz, J. T., Corcoran, C., Schwartz, S., Piercy, K. W., Rabins, P. V., Steffens, D. C., Skoog, I., Breitner, J. C. S. & Welsh-Bohmer, K. A. (2010). Greater Risk of Dementia When Spouse Has Dementia?. *Journal of the American Geriatrics Society (JAGS)*, *58*(5), 895–900. https://doi.org/10.1111/j.1532-5415.2010.02806.x

Nummenmaa, L. (2023). *Käyttäytymistieteiden tilastolliset menetelmät* ([Uudistettu laitos]). Tammi.

Omaishoitajaliitto. (ei pvm.) *Tietoa omaishoidosta*. Saatavilla 1.10.2024 https://omaishoitajat.fi/mita-on-omaishoito/tietoa-omaishoidosta/

O'Súilleabháin, P. S., Gallagher, S. & Steptoe, A. (2019). Loneliness, living alone, and all-cause mortality: The role of emotional and social loneliness in the elderly during 19 years of follow-up. *Psychosomatic medicine*, *81*(6), 521–526. https://doi.org/10.1097/PSY.0000000000000710

Pinquart, M. & Sörensen, S. (2000). Influences of Socioeconomic Status, Social Network, and Competence on Subjective Well-Being in Later Life: A Meta-Analysis. *Psychology and aging*, *15*(2), 187–224. https://doi.org/10.1037/0882-7974.15.2.187

Polenick, C. A., Leggett, A. N. & Kales, H. C. (2017). Medical Care Activities among Spouses of Older Adults with Functional Disability: Implications for Caregiving Difficulties and Gains. *The American journal of geriatric psychiatry*, *25*(10), 1085–1093. https://doi.org/10.1016/j.jagp.2017.05.001

Purhonen, M., Onnela-Nissi, S. & Malmi, M. (2011). Omaishoidon yleisyys ja monimuotoisuus. Teoksessa M. Kaivolainen, T. Kotiranta, E. Mäkinen, M. Purhonen & M. Salanko-Vuorela (Toim.), *Omaishoito. Tietoa ja tukea yhteistyöhön. Omaishoitajat ja läheiset -liitto ry.* (s. 12–17). Duodecim.

Pöysti, M. M., Laakkonen, M.-L., Strandberg, T., Savikko, N., Tilvis, R. S., Eloniemi-Sulkava, U. & Pitkälä, K. H. (2012). Gender Differences in Dementia Spousal Caregiving. *International journal of alzheimer's disease*, *2012*, 162960–162965. https://doi.org/10.1155/2012/162960

Rafnsson, S. B. (2024). Loneliness and social isolation among older informal caregivers: A review of the evidence from longitudinal investigations. Teoksessa A. Hajek, S. G. Riedel-Heller & H.-H. König (toim.), *Loneliness and Social Isolation in Old Age* (s. 63–75). Routledge. https://doi.org/10.4324/9781003289012-10

Rico-Uribe, L. A., Caballero, F. F., Martín-María, N., Cabello, M., Ayuso-Mateos, J. L. & Miret, M. (2018). Association of loneliness with all-cause mortality: A meta-analysis. *PLOS ONE*, *13*(1). https://doi.org/10.1371/journal.pone.0190033

Robinson, C. A., Bottorff, J. L., Pesut, B., Oliffe, J. L. & Tomlinson, J. (2014). The Male Face of Caregiving: A Scoping Review of Men Caring for a Person With Dementia. *American journal of men's health*, *8*(5), 409–426. https://doi.org/10.1177/1557988313519671

Robinson-Whelen, S., Tada, Y., MacCallum, R. C., McGuire, L. & Kiecolt-Glaser, J. K. (2001). Long-Term Caregiving: What Happens When It Ends? *Journal of abnormal psychology*, *110*(4), 573–584. https://doi.org/10.1037/0021-843X.110.4.573

Robison, J., Fortinsky, R., Kleppinger, A., Shugrue, N. & Porter, M. (2009). A Broader View of Family Caregiving: Effects of Caregiving and Caregiver Conditions on Depressive Symptoms, Health, Work, and Social Isolation. *The journals of gerontology*, *64*(6), 788–798. https://doi.org/10.1093/geronb/gbp015

Rospenda, K. M., Minich, L. M., Milner, L. A. & Richman, J. A. (2010). Caregiver Burden and Alcohol Use in a Community Sample. *Journal of addictive diseases*, *29*(3), 314–324. https://doi.org/10.1080/10550887.2010.489450

Russel, D. (1996). UCLA Loneliness Scale (Version 3): Reliability, Validity, and Factor Structure. *Journal of personality assessment*, *66*(1), 20–40. https://doi.org/doi: 10.1207/s15327752jpa6601_2

Russell, D., Peplau, L. A. & Ferguson, M. L. (1978). Developing a Measure of Loneliness. *Journal of personality assessment*, *42*(3), 290–294. https://doi.org/10.1207/s15327752jpa4203_11

Russell, R. (2007). Men Doing "Women's Work:" Elderly Men Caregivers and the Gendered Construction of Care Work. *The Journal of men's studies*, *15*(1), 1–18. https://doi.org/10.3149/jms.1501.1

Saarenheimo, M. (2005). Omaishoidon alkulähteillä: Perhe ja koti hoivan kehyksinä. Teoksessa M. Saarenheimo & M. Pietilä (toim.), *Kaksin kotona: läkkäiden omaishoitoperheiden arjen ulottuvuuksia* (s. 25–52). Vanhustyön keskusliitto.

Saari, J. (2016). Aluksi: Matkalla yksinäisyyteen. Teoksessa J. Saari (Toim.), *Yksinäisten Suomi* (s. 9–29). Gaudeamus.

Sainio, P., Stenholm, S., Valkeinen, H., Vaara, M., Heliövaara, M. & Koskinen, S. (2018). Teoksessa P. Koponen, K. Borodulin, A. Lundqvist, K. Sääksjärvi, S. Koskinen & A.-M. Aalto (Toim.), *Terveys, toimintakyky ja hyvinvointi Suomessa – FinTerveys 2017 -tutkimus* (s. 108–112). Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/136223/Rap_4_2018_FinTerveys_verkko.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Sanders, S. & Power, J. (2009). Roles, Responsibilities, and Relationships among Older Husbands Caring for Wives with Progressive Dementia and Other Chronic Conditions. *Health & Social Work*, *34*(1), 41–51. https://doi.org/10.1093/hsw/34.1.41

Schulz, R., Beach, S. R., Czaja, S. J., Martire, L. M. & Monin, J. K. (2020). Family Caregiving for Older Adults. *Annual review of psychology*, *71*(1), 635–659. https://doi.org/10.1146/annurev-psych-010419-050754

Shankar, A., Mcmunn, A., Banks, J. & Steptoe, A. (2011). Loneliness, Social Isolation, and Behavioral and Biological Health Indicators in Older Adults. *Health psychology*, *30*(4), 377–385. https://doi.org/10.1037/a0022826

Shaver, P. R. & Brennan, K. A. (1991). Measures of depression and loneliness. Teoksessa J. P. Robinson, P. R. Shaver & L. S. Wrightsman (Toim.), *Measures of Personality and Social Psychological Attitudes* (s. 197–289). Elsevier Science & Technology.

Sihto, T., Leinonen, E. & Kröger, T. (2022). *Omaishoito ja Covid-19-pandemia: omaishoitajien arki, elämänlaatu ja palveluiden saatavuus koronapandemian aikana.* (YFI julkaisuja 13). Jyväskylän yliopisto, yhteiskuntatieteiden ja filosofian laitos. http://urn.fi/URN:ISBN:978-951-39-9089-3

Smith, T., Saunders, A. & Heard, J. (2020). Trajectory of Psychosocial Measures amongst Informal Caregivers: Case-Controlled Study of 1375 Informal Caregivers from the English Longitudinal Study of Ageing. *Geriatrics (Basel)*, *5*(2), 26. https://doi.org/10.3390/GERIATRICS5020026

Solin, P., Partonen, T., Suvisaari, J., Tamminen, N. & Viertiö, S. (2018). Teoksessa Psyykkinen toimintakyky ja positiivinen mielenterveys. (Toim.), *Terveys, toimintakyky ja hyvinvointi Suomessa – FinTerveys 2017 -tutkimus* (s. 129–131). Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/136223/Rap_4_2018_FinTerveys_verkko.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Sundström, A., Adolfsson, A. N., Nordin, M. & Adolfsson, R. (2020). Loneliness Increases the Risk of All-Cause Dementia and Alzheimer's Disease. *The journals of gerontology. Series B, Psychological sciences and social sciences*, *75*(5), 919–926. https://doi.org/10.1093/geronb/gbz139

Syväkorpi, S., Strandberg, T., Urtamo, A., Pitkälä, K., Suominen, M., Kokko, K. & Heimonen, S. (2020). Ikääntyneiden terveys, elämänlaatu, toimintakyky ja mielen hyvinvointi. *Gerontologia*, *34*(4), 339–344.

Terveyden ja hyvinvoinninlaitos [THL]. (ei pvm). *Mitä toimintakyky on?*. Saatavilla 8.5.2024 https://thl.fi/aiheet/toimintakyky/mita-toimintakyky-on

Tiainen, K., Nousiainen, K., Tuominen, K., Ahosola, P., Jylhä, M. & Jolanki, O. (2021). Uutta tutkimustietoa iäkkäiden sosiaalisesta hyvinvoinnista – SoWell-tutkimushankkeen laaja kyselyaineisto on valmistunut. *Gerontologia*, *35*(4), 406–410. https://doi.org/10.23989/gerontologia.111574

Tiikkainen, P. & Heikkinen, R.-L. (2005). Associations between loneliness, depressive symptoms and perceived togetherness in older people. *Aging & mental health*, *9*(6), 526–534. https://doi.org/10.1080/13607860500193138

Tilastokeskus. (30.9.2021*). Syntyvyys ei ole Suomessa ikärakenteen kannalta riittävällä tasolla*. Saatavilla 30.10.2023 https://www.stat.fi/til/vaenn/2021/vaenn_2021_2021-09-30_tie_001_fi.html

Tilastokeskus. (31.3.2023). *Yksinäisyyttä koki 29,7 % 16 vuotta täyttäneistä henkilöistä vuonna 2022.* Saatavilla 15.10.2023 https://www.stat.fi/julkaisu/cl8sh640so9n30bw7s21tu6s8

Tilastokeskus. (26.4.2024). *Väestö ja yhteiskunta.* Saatavilla 5.5.2024 https://www.tilastokeskus.fi/tup/suoluk/suoluk_vaesto.html

Tirkkonen, S. (2019). Yhteinen yksinäisyys: Koetun yksinäisyyden filosofia. *Ajatus*, *76*(1), 37–59.

Tur-Sinai, A., Teti, A., Rommel, A., Hlebec, V. & Lamura, G. (2020). How Many Older Informal Caregivers Are There in Europe? Comparison of Estimates of Their Prevalence from Three European Surveys. *International journal of environmental research and public health*, *17*(24), 9531. https://doi.org/10.3390/ijerph17249531

Tutkimuseettinen neuvottelukunta (ei pvm.) *Hyvä tieteellinen käytäntö (HTK)*. Saatavilla 19.6.2023 https://tenk.fi/fi/tiedevilppi/hyva-tieteellinen-kaytanto-htk

United Nations. (2022). *World population prospect 2022*. Department of Economic and Social Affairs, Population Division. Saatavilla 10.1.2024 https://population.un.org/wpp/Download/Standard/Population/

Valtorta, N. K., Kanaan, M., Gilbody, S., Ronzi, S. & Hanratty, B. (2016). Loneliness and social isolation as risk factors for coronary heart disease and stroke: Systematic review and meta-analysis of longitudinal observational studies. *Heart (British Cardiac Society)*, *102*(13), 1009–1016. https://doi.org/10.1136/heartjnl-2015-308790

Van As, B. A. L., Imbimbo, E., Franceschi, A., Menesini, E. & Nocentini, A. (2022). The longitudinal association between loneliness and depressive symptoms in the elderly: A systematic review. *International psychogeriatrics*, *34*(7), 657–669. https://doi.org/10.1017/S1041610221000399

van Tilburg, T. G. & de Jong Gierveld, J. (2024). The concepts and measurement of social isolation and loneliness. Teoksessa A. Hajek, S. Riedel-Heller & H.-H. König (toim.), *Loneliness and Social Isolation in Old Age* (s. 3–12). Routledge. https://doi.org/10.4324/9781003289012-2

Vilkko, A., Muuri, A., Saarikalle, K., Noro, A., Finne-Soveri, H. & Jokinen, S. (2014). Läheisavun moninaisuus. Teoksessa M. Vaarama, S. Karvonen, L. Kestilä, P. Moisio & A. Muuri (Toim.), *Suomalaisten hyvinvointi 2014* (s. 222–237). Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.

Wagner, M. & Brandt, M. (2018). Long-term Care Provision and the Well-Being of Spousal Caregivers: An Analysis of 138 European Regions. *The Journals of Gerontology*, *73*(4), 24–34. https://doi.org/10.1093/geronb/gbx133

Weiss, R. S. (1973). *Loneliness: The experience of emotional and social isolation*. MIT Press.

Wilson, R. S., Krueger, K. R., Arnold, S. E., Schneider, J. A., Kelly, J. F., Barnes, L. L., Tang, Y. & Bennett, D. A. (2007). Loneliness and Risk of Alzheimer Disease. *Archives of general psychiatry*, *64*(2), 234–240. https://doi.org/10.1001/archpsyc.64.2.234

Zwar, L., König, H.-H. & Hajek, A. (2020). Psychosocial consequences of transitioning into informal caregiving in male and female caregivers: Findings from a population-based panel study. *Social science & medicine*, *264*, 113281–113281. https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2020.113281

Zwar, L., König, H.-H. & Hajek, A. (2021). Do Informal Caregivers Expect to Die Earlier? A Longitudinal Study with a Population-Based Sample on Subjective Life Expectancy of Informal Caregivers. *Gerontology*, *67*(4), 467–481. https://doi.org/10.1159/000513933

Zwart, P. L., Bakx, P. & Doorslaer, E. K. A. (2017). Will you still need me, will you still feed me when I'm 64? The health impact of caregiving to one's spouse. *Health economics*, *26*(2), 127–138. https://doi.org/10.1002/hec.3542