

MASENNUKSEN VAIKUTUS ELÄMÄNLAATUUN VANHUSVÄESTÖSSÄ

Lehto, Joonas
Syventävien opintojen tutkielma
Terveystieteiden laitos/Yleislääketiede
Oulun yliopisto
12/2014
Prof. Markku Timonen

OULUN YLIOPISTO
Lääketieteellinen tiedekunta
Lääketieteen koulutusohjelma

TIIVISTELMÄ

Lehto, Joonas:

Masennuksen vaikutus elämänlaatuun vanhusväestössä

Syventävien opintojen tutkielma:

20 sivua, 2 liitettä (2 sivua)

Masennus on maailmanlaajuisesti yksi merkittävimmistä terveysongelmista, siitä kärsii arviolta noin 121 miljoonaa ihmistä. Maailmanlaajuisen tautitaakan (Global Burden of Disease, GBD) aiheuttajana se on GBD 2010 –tutkimuksen mukaan kahdeksas, jättäen taakseen mm. liikenneonnettomuudet ja keuhkohtaumataudin (Ferrari ym. 2013).

WHO esitti vuonna 1991 elämänlaadun määritelmäksi ”yksilön näkemys hänen asemastaan elämässä kontekstina kulttuuri ja arvomaailma jossa he elävät ja suhteessa heidän tavoitteisiinsa, odotuksiinsa, arvoihinsa ja huoliinsa”, ja aloitti kehitystyön tavoitteenaan työkalu, jolla elämänlaatua voitaisiin määrittää. Kehitystyön tuloksena syntyi World Health Organization Quality Of Life – 100 (WHOQOL-100) ja siitä lyhennetty 26 kohtainen versio WHOQOL-BREF (WHO, 1998). Se on osoitettu soveltuvaksi myös vanhusväestöä tutkittaessa (Naumann ja Byrne 2004).

Masennuksen on osoitettu olevan tärkeä elämänlaatua alentava tekijä (da Silva Lima ja de Almeida Fleck 2007, Ohaeri ym. 2009, Sung ja Yeh 2007). Aiemmissä tutkimuksissa on kuitenkin vaihtelevuutta masennusdiagnoosin luotettavuuden sekä tutkimuspopulaation valikoinnin suhteen, eikä asiaa ole juuri tutkittu iäkkäillä.

Tämän tutkimuksen tarkoitus oli osoittaa luotettavasti diagnosoidun masennuksen elämänlaatua heikentävä vaikutus valikoitumattomassa väestössä. Aineistoina on Oulu35-kohortti, jota on tarkemmin kuvattu aiemmin (Rajala ym. 2002). Masennus diagnosoitiin käyttäen Mini International Neuropsychiatric Interview –haastattelua, joka on strukturoitu diagnostinen haastattelu psykiatristen häiriöiden diagnostiikkaan. Elämänlaatu määritettiin WHOQOL-BREF –mittarilla.

Tutkimuksessa osoitettiin, että elämänlaatu oli masentuneilla heikompi kaikissa neljässä elämänlaadun osa-alueessa (fyysinen, psykologinen, sosiaalisten suhteiden sekä ympäristön osa-alue), eniten psykologisessa, ja että tämä ero on tilastollisesti merkitsevä. Tämä osoittaa, että aiempien tutkimusten esittämä vaikutus on todettavissa myös valikoitumattomassa vanhusaineistossa luotettavaa diagnostiikkaa käytettäessä.

Avainsanat: depressio, elämänlaatu, ikääntyneet

SISÄLLYS

1. JOHDANTO.....	1
2. TUTKIMUKSEN TEOREETTINEN TAUSTA.....	2
2.1. Depressio.....	2
2.1.1. Depression diagnoosi.....	2
2.1.2. Depression vaikeusaste.....	3
2.2. Elämänlaatu.....	4
2.2.1. Elämänlaadun mittaaminen.....	4
2.2.1.1. WHO:n käännösmetodi.....	6
2.3. Masennuksen ja elämänlaadun yhteys kirjallisuudessa.....	8
3. TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TUTKIMUSONGLEMA.....	10
4. TUTKIMUSAINEISTO JA TUTKIMUSMENETELMÄT.....	11
4.1. Tutkimusaineisto.....	11
4.2. Tutkimusmenetelmät.....	11
4.2.1. WHOQOL-BREF.....	11
4.2.2. Tietojen analyysi.....	12
5. TULOKSET.....	12
6. POHDINTA.....	18
7. LÄHTEET.....	20

LIITTEET:

LIITE 1: WHOQOL-100 domainit ja facetit

LIITE 2: Sairauksien kyselylomake

1. JOHDANTO

Masennus on maailmanlaajuisesti yksi merkittävimmistä terveysongelmista, siitä kärsii arviolta noin 121 miljoonaa ihmistä. Vuonna 2000 sen arvioitiin olevan neljänneksi tärkein maailmanlaajuisen tautitaakan (Global Burden of Disease, GBD) aiheuttaja. Vuoden 2010 GBD-tutkimuksessa masennukseen keskityttiinkin enemmän, ja se jaettiin tarkemmin varsinaiseen masennukseen ja dystymiaan ilman kliinistä masennusta. Myös tautitaakan arviointia tarkennettiin määrittelemällä masennuksen vallitsevuutta ja haitta-astetta aiempaa tarkemmin. Uuden tiedon valossa arvellaan, että kaikkineen masennus olisi kahdeksantena maailman tautitaakan aiheuttajien listassa, jättäen taakseen mm. liikenneonnettomuudet ja keuhkohtaumataudin (Ferrari ym. 2013).

Maailman terveysjärjestö WHO alkoi vuonna 1991 kehittää keinoa mitata elämänlaatua. Elämänlaadun käsite määriteltiin olemaan ”yksilön näkemys hänen asemastaan elämässä kontekstina kulttuuri ja arvomaailma jossa he elävät ja suhteessa heidän tavoitteisiinsa, odotuksiinsa, arvoihinsa ja huoliinsa”. Kehitettiin mittari (World Health Organization – Quality Of Life, WHOQOL) kuvaamaan elämänlaatua numeerisena mitattavana suureena (WHO, 1998). Tuon mittarin lyhennettyä versiota (WHOQOL- abbreviated version, WHOQOL-BREF) käytettiin tässä työssä elämänlaadun määrittämiseen.

Aiemmissa tutkimuksissa on todettu, että masennus vaikuttaa merkittävästi elämänlaatuun. Masennukseen vaikeusaste vaikuttaa olevan merkittävin yksittäinen tekijä joka alentaa elämänlaatua (da Silva Lima ja de Almeida Fleck 2007, Ohaeri ym. 2009, Sung ja Yeh 2007). Masennuksella on jopa suurempi vaikutus elämänlaatuun kuin kroonisilla somaattisilla sairauksilla kuten diabeteksella ja reumalla (da Silva Lima ja de Almeida Fleck 2007). Vanhusväestössä masennuksen ja elämänlaadun yhteyttä on tutkittu varsin vähän, mutta WHOQOL-BREF on todettu soveltuvaksi myös iäkkäiden ollessa kyseessä (Naumann ja Byrne 2004). Myös vanhuksilla masennus on todettu merkittäväksi elämänlaadun alentajaksi (Dragomirecka ym. 2008).

Aiemmissa tutkimuksissa on käytetty aineistona pääasiassa psykiatristen klinikoiden avohoito-potilaita, eikä masennusta ole välttämättä diagnosoitu muuten kuin oirepistemäärän perusteella potilaan täyttämässä kyselylomakkeessa. Vanhusväestöstä tietoa on hyvin vähän. Tämän tutkimuksen tarkoituksena on selvittää masennuksen vaikutusta elämänlaatuun vanhusväestössä nimenomaan valikoitumattomassa aineistossa ja siten, että masennus on diagnosoitu strukturoitua

diagnostista haastattelua käyttäen. Aineistona on aiemman diabetestutkimuksen yhteydessä kerätty Oulu35-aineisto, ja masennuksen vaikutusta elämänlaatuun tutkitaan ristiintaulukoinneilla sekä monimuuttujamalleilla.

2. TUTKIMUKSEN TEOREETTINEN TAUSTA

2.1. Depressio

Masennus eli depressio on kansanterveydellisestä näkökulmasta tarkasteltuna keskeisin mielen terveyden häiriö. Masennuksen esiintyvyydeksi on 1990-luvun puolivälissä määritetty 55-vuotiailla miehillä 6,8 % ja naisilla 12,1 % (Rajala ym. 1994) ja yli 60-vuotiailla miehillä 14,4 % ja naisilla 17,9 % (Pahkala ym. 1995). Se on hyvin yleinen, vaati paljon hoitoa ja alentaa merkittävästi työkykyä, ja siihen liittyy korkea itsemurhakuolleisuus sekä itsemurhien yrityksiä. Sanaa masennus käytetään usein tarkoittaessa tilapäisesti masentunutta tunnetta, jollainen voi syntyä vaikean elämäntilanteen vuoksi. Tällainen ohimenevä tunnetila on normaali reaktio, ja motivoi pyrkimyksiä päästä yli menetyksistä tai vastoinkäymisistä. Mikäli masentunut tunne viire jatkuu pysyvästi pitkiä ajanjaksoja, puhutaan masentuneesta mielialasta. Jos tähän liittyy myös muita oireita, puhutaan masennusoireyhtymästä, joka on mielen terveyden häiriö toisin kuin pelkkä masentunut mieliala. Koska mielen terveyden häiriöitä ei voida fyysisin kokein osoittaa, diagnosoidaan masennus aina potilaan haastattelun perusteella. Masennusoireyhtymät jaetaan edelleen vaikeusasteen perusteella lieviin, keskivaikeisiin ja vakaviin, ja pitkäaikaiset oireyhtymät erotellaan toistuvista omiksi alaryhmikseen. Suomessa käytössä oleva ICD-10-tautiluokitus jaottelee vakavammat masennukset yksittäisiksi masennustiloiksi F32 ja toistuvaksi masennukseksi F33 (Lönnqvist ja Aalberg 2007).

2.1.1. Depression diagnoosi

Masennustilojen tyypillisiä oireita ovat:

1. Masentunut mieliala, jossa potilaan mieliala on lähes koko ajan masentunut.
2. Mielihyvän menetys. Aiemmin mielihyvää ja tyydytystä tuottaneet asiat eivät enää niitä tuota.
3. Uupumus. Jatkuva väsymyksen tunne, joka voimistuu lievänkin rasituksen jälkeen
4. Itseluottamuksen tai itsearvostuksen menetys. Potilas menettää kykynsä luottaa itseensä, ja pitää itseään arvottomana

5. Kohtuuton itsekritiikki tai perusteeton syyllisyydentunne. Potilas keskittyy kritisoimaan ja väheksymään omia tekojaan, tai kokee vähäisimmistäkin rikkomuksista suurta syyllisyyttä.
6. Toistuvat kuolemaan tai itsetuhoon liittyvät ajatukset tai itsetuhoisen käytös. Voimakkaasti kuolemaan kohdistuvat ajatukset ovat vallalla. Potilas ajattelee itsensä vahingoittamista, tai on yrittänyt tai suunnitellut itsemurhaa.
7. Päättämättömyyden tai keskittymiskyvyttömyyden tunne. Tavallistenkin päätösten tekeminen on vaikeutunut, ja potilaan on vaikea keskittyä asioihin, jotka vaativat huomion kiinnittämistä.
8. Psykomotorinen hidastuminen tai kiihtyneisyys. Hidastuneisuudessa voidaan silminnähdä havaita psykomotorisen toiminnan jähmeys. Kiihtyneisyydessä taas esiintyy usein levottomuutta.
9. Unihäiriö. Potilaalla voi esiintyä nukahtamisvaikeuksia, unen pinnallisuutta tai katkonaisuutta sekä valvomista, tai näiden yhdistelmiä. Myös liikauniisuus on unihäiriö.
10. Ruokahalun ja painon muutos. Masennukseen liittyy usein ruokahaluttomuus, jolloin potilas laihtuu. Joillakin potilailla voi esiintyä myös ruokahalun kasvamista ja lihomista.

Edellytyksenä masennustilan F32-33 diagnoosille on, että potilaalla on esiintynyt vähintään neljä edellä mainittua oiretta (ainakin kaksi oireista 1-3) yhtä aikaa ainakin kahden viikon ajan (Lönnqvist ja Aalberg 2007).

2.1.2. Depression vaikeusaste

Masennustilat jaotellaan lieviin, keskivaikeisiin, vaikeisiin ja psykoottisiin masennustiloihin. Saman masennustilan diagnoosin omaavilla potilailla masennuksen vaikeus voi suuresti vaihdella. Masennustilan vaikeusaste on yleensä selvästi kytköksissä potilaan heikenneen toimintakyvyn kanssa. Mitä vakavammasta masennustilasta on kyse, sitä heikompi on yleensä potilaan toimintakyky. Siinä missä lievästi masentunut potilas voi vielä yleensä käydä työssä, on vaikeasti tai psykoottisesti masentunut täysin työkyvytön ja voi vaatia sairaalahoitoa ja jatkuvaa seuranta. Vaikeusaste on keskeinen tieto potilaan hoidon suunnittelussa ja ennusteessa (Lönnqvist ja Aalberg 2007).

ICD-10 tautiluokitus jakaa vaikeusasteet oireiden lukumäärän mukaan lieviin (4-5 oiretta), keskivaikeisiin (6-7 oiretta) ja vaikeisiin (≥ 8 oiretta), vaikeat vielä erikseen psykoottisiin ja ei-

psykoottisiin ko. oireiden ilmenemisen mukaan (ICD-10 hakuohjelma 2014). Myös erityisiä masennuksen vaikeusasteen mittareita on sekä kyselykaavakkeina (esimerkiksi Beck Depression Inventory, BDI (Schwab ym. 1967), Hamilton Rating Scale for Depression, HRSD (Hamilton 1960), Geriatric Depression Scale, GDS (Yesavage ym. 1982), suomalainen masennusasteikko DEPS (Poutanen ym. 2010)), että haastatteluun perustuvana arviontina, esimerkiksi Montgomery-Åsbergin asteikko (Bondolfi ym. 2010). Osassa aiempia masennus-elämänlaatu-tutkimuksia oli masennuksen diagnoosi asetettu siis pelkästään jonkin edellä mainitun oirekyselyn pistemäärän perusteella.

2.2. Elämänlaatu

WHO:n elämänlaatutyöryhmä (WHOQOL group, 1998) alkoi kehittää elämälaadun mittaamiseen tarkoitettua instrumenttia vuonna 1991 kolmesta syystä:

1. Ei ole ollut varsinaista elämänlaadun kartoittamiseen tarkoitettua työkalua, joka mittaisi varsinaista elämänlaatua, ja sairauksien ja vammojen vaikutusta siihen.
2. Useimmat tähän tarkoitukseen kehitetyt mittarit on kehitetty Yhdysvalloissa tai englannissa, ja näiden mittarien muuntaminen muihin kieliin ja kulttuureihin sopivaksi on ollut aikaa vievää ja epätyytyttävää useista syistä.
3. Kasvava mekaaninen ote lääketieteeseen, jossa keskitytään vain oireiden ja tautien hävittämiseen, tarvitsee rinnalleen ihmisläheisemmän näkökulman. Tämä näkökulma on elämänlaatu, jota WHO kuvaa ”fyysinen, psyykinen ja sosiaalinen hyvinvointi, ei pelkästään sairauksien ja raihnaisuuden puuttuminen.”

Koska yleismaailmallista määritelmää elämänlaadulle ei ollut, oli ensimmäinen askel luoda elämänlaadun käsite. WHO mukaan se on ”yksilön näkemys hänen asemastaan elämässä kontekstina kulttuuri ja arvomaailma jossa he elävät ja suhteessa heidän tavoitteisiinsa, odotuksiinsa, arvoihinsa ja huoliinsa”. WHOQOL keskittyy siis antamaan tietoa nimenomaan yksilön näkemysistä elämänlaadusta, ja sairauksien ja vammojen vaikutuksesta heidän näkemyksiinsä (WHOQOL group, 1998).

2.2.1. Elämänlaadun mittaaminen

Elämänlaadun mittaamiseen on olemassa useita erilaisia menetelmiä, esimerkiksi kyselyt SF-36, suomalainen 15D, AQoL ja EQ-5D (Hawthorne ym. 2001). Tässä työssä elämänlaatua on kuitenkin mitattu WHO:n lyhennetyllä WHOQOL-BREF kyselyllä, jonka kehityksestä seuraa vaksi tarkemmin.

WHOQOL luotiin siten, että se suunniteltiin yhteistyössä monessa eri paikassa, ja niinpä sen kehitys tapahtui yhtäaikaaisesti monissa erilaisissa kulttuurillisissa ja kielellisissä ympäristöissä. Etusijalla kehityksessä olivatkin yhtenäistäminen, vertailukelpoisuus eri asetelmien välillä ja käänösasiat. Paitsi että kehityskohteet olivat kulttuurillisesti erilaisia, ne valittiin myös edustamaan eroavaisuutta teollistumisessa, terveystalvelujen saatavuudessa ja muissa elämänlaatuun vaikuttavissa tekijöissä.

Aiemmat elämänlaadun tutkijat antoivat jatkuvaa tietoa jota tutkittiin ja käytettiin ruohonjuuritason kehityksen jokaisessa vaiheessa. Tällä varmistettiin, että niin olemassa oleva asiantuntemus elämänlaatumittauksessa kuin terveydenhuollon ammattilaisten ja potilaiden mielipiteet huomioitiin mittarin kehityksessä. Elämänlaatumittauksessa elintärkeää on, että potilaat voivat helposti vastaanottaa tutkimusmenetelmän. Koska terveydenhuollon ammattilaiset ovat mittarin suurin käyttäjäryhmä, myös heidän kannaltaan ajateltu käytettävyys on erittäin tärkeää.

WHO on luonut testatun ja toimivan käänösmenetelmän, jota käyttämällä WHOQOL muuttaminen eri kielille saatiin tehtyä tehokkaasti ja toimivasti. (ks. 2.2.1.1.WHO:n kääntämismetodi)

Tältä pohjalta kehitettiin kysymykset, joilla elämänlaatua pystyttäisiin mittaamaan. Ensin valittiin aihealueet (domain) ja niiden tarkemmat alakohdat (facet). Tästä lähtien tässä syventävien opintojen tutkielmassa käytetään aihealueista termiä domain ja alakohdasta termiä facet. Näitä kehittämään valittiin 12 keskusta, jotka em. periaatteiden mukaisesti edustivat kulttuurilista hajontaa. Jokaisessa keskuksessa tuotettiin lista faceteista, jotka kyseisen keskuksen mielestä vaikuttivat keskeisesti elämänlaatuun. Tämän jälkeen keskuksot tutustuivat listaan, joka sisälsi facetteja edellisten elämänlaatuutkimuksien yhteenvedosta, sekä WHO:n työryhmän näkemyksen näkökulmista, joilla on merkitystä ihmisen elämänlaatuun. Näin varmistettiin, että kyseiset näkökulmat oli huomioitu. Sen jälkeen kirjoitettiin kuvaava määritelmä jokaisesta facetesta. Facettien kirjoja ja määritelmiä kehitettiin siten, että keskuksot kehittivät omiaan, toisten keskusten tietoja sekä koordinoivan tiimin tietoja. Ensimmäiseen versioon hyväksyttiin 29 facettia.

Seuraavaksi muodostettiin painotusryhmiä arvioimaan facettien sisältöä. Nämä ryhmät sisälsivät sairaita potilaita, terveitä ihmisiä sekä terveydenhuollon ammattilaisia. Heiltä pyydettiin kommentteja faceteista ja niiden sisällöstä. Sen jälkeen perustettiin kysymystyöryhmiä kaikissa 12 kenttäkohteessa, ja ne alkoivat tuottaa kysymyksiä jokaiseen facettiin. Jokainen kirjoitti jokaiseen facettiin enintään 12 kysymystä paikalliskielellä, jonka jälkeen kysymykset käännettiin englanniksi. Kysymysten tarkoituksena oli siis saada selville, minkälainen vastaajan tilanne oli

kyseisen facetin kontekstissa. Kaikki kysymykset koottiin yhteen, ja niiden määrä oli n. 1800. Sen jälkeen poistettiin samansisältöiset kysymykset (esimerkiksi ”Kuinka usein olet väsynyt” ja ”Kuinka suuren osan ajasta olet väsynyt”) ja sellaiset, jotka eivät olleet sopivia WHO:n kriteerien mukaan. Jäljellä olevat kysymykset lähetettiin jokaiseen yksikköön, joissa ne laitettiin järjestykseen sen mukaan, kuinka hyvin kysymys kertoo henkilön elämänlaadusta kyseisessä kulttuurissa. Tällä tavoin valittiin sitten 236 kysymystä WHOQOL pilottiin. Viimeiseksi valittiin, että vastaamiseen käytetään 5-kohtaista Likert-asteikkoa.

Mittari oli nyt valmis pilottitestaukseen. Mittaria testattiin 15 eri paikassa, ja kysely oli samanlainen kaikille vastaajille kysymysjärjestystä myöten. Kaikissa kysymyksissä pyydettiin ajattelemaan viimeksi kulunutta kahta viikkoa ja vastamaan sen pohjalta. Mahdollista oli myös, että jokainen kenttäkohde lisäsi kyselyyn maksimissaan kaksi kansallista kysymystä, jotka olivat yleisiä ja sopivia vain tietyssä kulttuurissa (esim. meditaatio). Vastaajat valittiin siten, että kaikki vastaajat olivat aikuisia, puolet yli 45-vuotiaita ja puolet alle, puolet miehiä ja puolet naisia, sekä 250 sairasta ja 50 ”tervettä” potilasta. Näiden vähimmäisvaatimusten tuli täytyä ja vastaajia tuli olla vähintään 300. Kaikkiaan 4800 koehenkilöä osallistui testaukseen.

Pilottitestauksen jälkeen tutkittiin, mitkä kysymyksistä todella indikoivat haluttuja asioita, ja poistettiin toimimattomat kysymykset. Tällä tavoin valikoitiin sata toimivaa kysymystä, joista muodostettiin WHOQOL-100. Lopullisessa WHOQOL-100:ssa on 25 facetia joista jokaisessa 4 kysymystä (ks. liite 1, WHOQOL-100 domainit ja facetit).

WHOQOL-100 tarjoaa yksityiskohtaisen arvion elämänlaadun eri osa-alueista, mutta sen pituus ei välttämättä sovi tutkimuksiin, joissa on paljon tutkimuskohteita ja elämänlaatu on vain yksi arvo muiden joukossa. Tällaisiin tutkimuksiin sopii paremmin lyhyempi, käytännöllinen ja tarkka mittari. Sellainen oli siis tarpeen kehittää, jotta elämänlaatua voitaisiin määrittää myös laajemmissa muita aiheita käsittelevissä tutkimuksissa. World Health Organisation Quality Of Life – Brief Version (WHOQOL-BREF) kysymykset valittiin siten, että jokaisesta WHOQOL-100:n 24 facetista otettiin ainakin yksi kysymys joka kyseisen facetin kysymyksistä korreloi vahvimmin kokonaistulokseen WHOQOL-100:ssa. Näitä kysymyksiä tutkittiin, ja osa korvattiin toisilla, jotta valmiista mittarista saataisiin parempi. Tällä tavoin valituista kysymyksistä koostettiin lyhennetty versio WHOQOL-100:sta, WHOQOL-BREF (WHOQOL Group, 1998).

2.2.1.1. WHO:n käännösmetodi

WHO:n käyttämä käännöstyöryhmä on seuraavanlainen:

1. Kaksikielinen paneeli (kolmesta kuuteen yksilöä), joista yhden tai useamman tulisi olla taitava haastattelija ja arvioija, yhden klinikko ja yhden käyttäytymistieteilijä, mahdollisesti antropologi. Kaikkien tulisi osata puhua ja kirjoittaa englantia sekä paikalliskieltä.
2. Yksikielisiä yksilöitä (ainakin neljä), jotka pystyvät selkeästi kommentoimaan käännettyä tekstiä. Nämä henkilöt tulisi valita siten, että osa heistä edustaa ihmisiä, jotka todennäköisesti käyttävät käännettyä instrumenttia, ja osa ihmisiä joille tutkimuksia instrumentilla tehdään.
3. Kääntäjät (ainakin kaksi), yksi tai kaksi, jotka kääntävät halutun materiaalin kohdekielelle, ja toinen/toisia joka on täysin itsenäinen ensimmäisistä ja vastaa takaisinkääntämisestä.

Kääntäjä(t) kääntää instrumentin kohdekielelle. Kääntäjän tulisi selvästi ja yksityiskohtaisesti ymmärtää itse instrumentti, sekä populaatio, joka käyttää instrumenttia. Näin varmistetaan, että käänös on asianmukainen, ja tehty sellaisella kielellä jota kohdepopulaatio käyttää.

Kaksikielinen paneeli arvioi valmiin käänöksen. He etsivät epäjohdonmukaisuuksia alkuperäisversion ja käänöksen välillä, ja tarkastelevat käänöksen yhtenäisyyttä niin merkityksellisessä, käsitteellisessä kuin teknisessäkin mielessä.

Tämän jälkeen vuoroon tulee yksikielinen ryhmä, jonka jäsenet edustavat populaatiota, jolle instrumentti on tarkoitettu, ja jotka eivät tunne instrumenttia. He lukevat tekstin läpi etsien siitä kohtia, jotka eivät ole selvästi ymmärrettävissä tai joissa on kaksoismerkitys tai epäselvyys. Heiltä pyydetään myös esittämään mielipide siitä, ovatko kysymysten tyyli ja kyselylomakkeen formaatti sopivat. Tämä vaihe on tärkeä, sillä yksikielisellä ryhmällä ei ole tietoa alkuperäiskielisestä tekstistä, joten heidän tulkintansa perustuu puhtaasti tuotettuun käänökseen. Yksikielinen ryhmä voidaan toteuttaa painotusryhmänä, jolloin luettuaan tekstin he kokoontuvat keskustelemaan tekstistä laaja-alaisesti, ja keskustelua voi johtaa kaksikielisen paneelin jäsen.

Kaksikielinen paneeli ottaa huomioon yksikielisen ryhmän tekemät huomiot, ja tekee tarvittavat korjaukset käänökseen, varmistaen että käänös on kieliopillisesti oikein. Tämän jälkeen käänös annetaan kääntäjälle, jonka tehtävä on kääntää se takaisin alkuperäiskielelle. Takaisinkääntäjälle kerrotaan hänen asemansa käänösprosessissa, ja kerrotaan että kyseessä on terveyteen liittyvä mittari. Takaisinkääntäjä ei saa nähdä alkuperäiskielistä versiota ennen käänöstyönsä valmistumista.

Kaksikielinen paneeli tarkastaa sitten takaisinkäännöksen ja alkuperäisversion yhteneväisyyden. Mikäli eroavaisuuksia havaitaan, toistetaan prosessia kunnes hyväksyttävän yhtenäinen versio saadaan luotua takaisinkäännöksellä (WHOQOL Group, 1998).

2.3. Masennuksen ja elämänlaadun yhteys kirjallisuudessa

Tutkimusaiheeseen perehtymistarkoituksessa tehtiin kirjallisuushakuja Pubmed ja Medline -tietokannoista. Hakusanoina käytettiin depressiota (depression tai major depression), elämänlaatua (quality of life) ja iäkkyyttä (old tai older tai ”old age” tai aged). Hakutuloksista valittiin abstraktien perusteella sopivimmat osumat. Masennuksen ja elämänlaadun välistä yhteyttä esittäviä tutkimuksia oli löydettävissä varsin vähän, etenkin vanhusväestössä.

Yen ym. vuonna 2009 tekemässä taiwanilaisessa tutkimuksessa tutkittiin, vaikuttaako masennus eri tavalla WHOQOL-BREF:n eri kysymysluokkiin, vertaamalla masentuneiden ja ei-masentuneiden elämänlaatua kyselyn pohjalta. Samalla tutkittiin leimautumisen (self stigma), oivalluskyvyn (insight) ja lääkkeiden haittavaikutusten vaikutusta elämänlaatuun. Tutkimukseen rekrytoitiin yleissairaaloiden psykiatrisilta poliklinikoilta 247 potilasta, joilla oli diagnosoitu masennushäiriö DSM-IV:n (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders Fourth Edition) mukaan. Näistä karsittiin pois tutkimuksesta ne, joilla oli älyllinen vamma, yhtäaikainen päihdeongelma tai psykoottisia häiriöitä. 229 potilasta jäi varsinaiseen aineistoon. Kontrolliryhmään hankittiin jäseniä mainoksilla sairaalassa sekä sanomalehdissä. 157 henkilöä vastasi ilmoitukseen. Psykiatri arvioi kaikki vastanneet systemaattisesti havaitakseen oliko näillä mieliala- tai psykoottisia häiriöitä, käyttäen apunaan strukturoitua MINI:ä (Mini-International Neuropsychiatric Interview). 106 vastanneista täytti tutkimuksen kriteerit, ja valittiin verrokkiryhmään.

Tutkimuksessa käytettiin elämänlaadun määrittämiseen WHOQOL-BREF mittaria, leimautumiseen SSAS (Self-Stigma Assessment Scale) Taiwanin versiota, oivalluskyvyn määrittämiseen MDIS (Mood Disorders Insight Scale), masennuksen vakavuuden määrittämiseen CES-D (Center for Epidemiological Studies Depression Scale), lääkkeiden haittavaikutuksia tiedusteltiin kyselylomakkeella. Perhesuhteet selvitettiin APGAR-indeksillä (Adaptability, Partnership, Growth, Affection, and Resolve). Masennuksen vaikutusta elämänlaadun domaineihin tarkasteltiin lineaarisella multiregressioanalyysillä siten, että vakioitiin väestötieteelliset poikkeamat sekä perhesuhteiden vaikutus. Tuloksista kävi ilmi, että elämänlaatu oli masennuspotilailla huonompi fyysisessä (masentuneiden pistekeskisarvo 49,3 verrattuna ei-masentuneiden 70,5, pisteskaala

0-100), psyykkisessä (41,4 vrt. 54,1) ja sosiaalisten suhteiden domainissa (53,1 vrt. 61,7). Ympäristödomainissa ei kuitenkaan havaittu pisteiden laskua masentuneilla. Tutkittiin myös masennuksesta kärsivien kesken edellä mainittujen liitännäissairauksien vaikutusta elämänlaatuun. Self-stigma potilaiden elämänlaatu oli huonompi kaikissa neljässä kysymysluokassa. Lääkkeiden haittavaikutuksista kärsivillä elämänlaatu huononi fyysisessä, psykologisessa ja ympäristö kysymysluokassa (Yen ym. 2009).

2009 julkaistussa (da Rocha ym.) Yhdysvaltalaistutkimuksessa pyrittiin selvittämään, johtuuko masennuksen elämänlaatua laskeva vaikutus masennus- ja elämänlaatumittareiden välisestä osittaisesta päällekkäisyydestä. Tarkemmin tarkoituksena oli selvittää, onko elämänlaatu erilainen henkilöillä, joilla on masennusoireita, mutta ei varsinaista masennusta, verrattuna niihin joilla on myös aktiivinen masennusvaihe menossa. Potilaat, joilla CES-D summapisteyden tulos oli ≥ 16 , haastateltiin ja arvioitiin CIDI:n avulla (Composite International Diagnostic Interview), joka on standardoitu diagnostinen instrumentti masennuksen diagnosointiin. Potilaiden, jotka otettiin tähän tutkimukseen, piti olla 18-75-vuotiaita, ja olla CIDI:n kriteerien mukaan masentunut. Masennuslääkitys, muut psykiatriset häiriöt ja psykoosi sekä dementia, Alzheimerin tauti tai orgaaninen aivovaurio olivat esteitä tutkimukseen osallistumiselle.

Masennuksen vakavuutta mitattiin CES-D:llä. Elämänlaadun mittarina oli WHOQOL-BREF. Masennuksen määrittelemisessä käytettiin CIDI:a. Tutkimuksessa havaittiin että potilailla, joilla oli masennusdiagnoosi, oli selvästi huonompi elämänlaatu kaikissa WHOQOL-BREF:n domaineissa ($r=-0,38 - -0,51$, $P<0,01$) verrattuna niihin joiden masennusoireet eivät oleet niin vakavia, että heidät olisi diagnosoitu masentuneiksi. Kysymysten vastausanalyysissä havaittiin, että 11 WHOQOL-BREF:n 26 kysymyksestä oli liitettävissä masennukseen. Tämä tarkoittaa sitä, että vaikka masentuneella ja ei-masentuneella olisi sama kokonaispistemäärä, näihin yhteentoista kysymykseen he vastaavat eri tavalla. Jokaisessa domainissa oli ainakin yksi tällainen kysymys. Löydökset viittaavat siihen, että WHOQOL-BREF:n kysymykset ovat suurimmaksi osin sellaisia, että ne eivät tee eroa masentuneiden ja ei-masentuneiden välille (58 % kysymyksistä), joten se on laaja-alainen elämänlaadun mittari (da Rocha ym. 2009).

Kuwaitissa suoritetussa tutkimuksessa yksi päätutkimuskohteista oli selvittää yhteyttä masennuksen ja elämänlaatua kuvaavien pisteiden välillä. Samalla oli tarkoitus korostaa tyytyväisyyden liittymistä elämän olosuhteisiin Kuwaitissa, tutkia elämänlaadun domainien välistä suhdetta. Elämänlaadun määrittämiseen käytettiin WHOQOL-BREF:ä. Masennuksen määrittämiseen käytettiin 9-kohtaista potilaiden terveyskyselyä (patient health questionnaire, PHQ)

(Kroenke ym. 2001). Ahdistuneisuuden tutkimiseen käytettiin Seitzin kehittämää kahdeksan-kohtaista mittaria (Seitz 2005). Masennuksen ja ahdistuneisuuden liittymistä elämänlaatupisteisiin arvioitiin Pearsonin korrelaatiokertoimella, ja masennus ja väestötieteelliset tekijät otettiin huomioon erillisinä tekijöinä. Tuloksena oli, että kaikissa domaineissa elämänlaatu oli selvästi alempi ($r=-0,33$ — $-0,47$, $P<0,00001$), kun potilas kärsi masennuksesta tai ahdistuksesta. Masennus oli tärkein elämänlaadun ennuste, se vastasi jokaisessa domainissa 77,3–90,7 prosentista kokonaisvaihtelusta (Ohaeri ym. 2009).

(Dragomirecka ym.). tutkivat vuonna 2008 julkaistussa tutkimuksessaan lähtökohtaisesti elämänlaadun eroja vanhusväestössä entisen kommunistisen valtion Tšekin ja perinteisesti demokraattisten länsimaiden välillä. Aineistonaan heillä oli dataa aiemmasta WHO:n tekemästä tutkimuksesta, jossa kehitettiin erityisesti vanhusväestön elämälaatu mittaamaan versiota WHOQOL:sta, WHOQOL-OLD:a. Dataa kerättiin kuudessa kohteessa: Oslossa Norjassa, Uumajassa Ruotsissa, Genevessä Sveitsissä, Kööpenhaminassa Tanskassa, Leipzigissä Saksassa ja Prahassa Tšekissä. Elämänlaadun mittaamiseen käytettiin sekä WHOQOL-BREF että WHOQOL-OLD mittareita, masennus diagnosoitiin käyttämällä 15-kohtaista GDS:a, masennuksen rajaksi asetettiin 5/6. Tuloksena havaittiin, että Prahassa masennus oli yleisempää kuin muissa keskuksissa, ja että elämänlaatu oli molempien mittareiden lähes kaikissa domaineissa huonompi Prahassa verrattuna muihin kohteisiin. Myös tutkittaessa syitä alentuneeseen elämänlaatuun, todettiin että lähes poikkeuksetta kaikissa keskuksissa kaikkiin domaineihin eniten vaikuttava tekijä oli masennuksen esiintyminen (verrattuna esimerkiksi ikään, koettuun terveydentilaan, taloudelliseen tilanteeseen ja perhesuhteisiin).

Yllä kuvatut tutkimukset selvästi osoittavat, että masennuksella on todetusti elämänlaatu heikentävä vaikutus. Kuitenkin tutkimukset eivät asetelmiltaan ole yhdenmukaisia esimerkiksi depressiodiagnostiikan ja tutkimuspopulaation osalta, ja näin ollen saatujen tulosten yleistäminen suoraan suomalaiseen vanhusväestöön ei ole mahdollista. Osassa tutkimuksia masennusdiagnoosi on asetettu vain oirekyselyn perusteella ilman ammattilaisen tekemää diagnoosia, ja lähes kaikissa tutkimuksissa on käytetty tutkimuspopulaationa psykiatristen klinikoiden avohoitopotilaita ja sairaaloista rekrytoituja kontrolleja.

3. TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TUTKIMUSONGELMA

Tämän tutkimuksen tarkoituksena on selvittää väestötasolla, miten kliinisesti diagnosoitu masennus vaikuttaa elämänlaatuun vanhuksilla. Aiemman tutkimustiedon valossa hypoteesina on,

että masennuksella on merkittävä elämänlaatua heikentävä vaikutus. Tutkimuksen tarkoituksena on myös täydentää aiempaa alan tutkimusta siten, että saadaan väestöpohjaista tietoa aiempaan potilasaineistoihin perustuvan tiedon tueksi, ja että depression diagnoosi on todellinen eikä vain oirekyselyyn perustuva.

4. TUTKIMUSAINEISTO JA TUTKIMUSMENETELMÄT

4.1. Tutkimusaineisto

Aineistona tutkimuksessa on käytetty vuosina 1990-1992 aloitettua Oululaistutkimusta, jossa selvitettiin diabeteksen ja heikentyneen glukoosinsiedon esiintyvyyttä tutkimusaineistossa. Tutkimukseen kutsuttiin kaikki Oulussa asuneet vuonna 1935 syntyneet henkilöt (n=1008). Lähtötilanteen selvityksiin osallistui 768 henkilöä. Tutkimusta jatkettiin seurantakäynneillä vuosina 1994, 1996-1998 ja 2008. Aineiston ja tutkimuksen tarkempi kuvaus on julkaistu aiemmin (Rajala ym. 2002).

4.2. Tutkimusmenetelmät

Vuonna 2008 tutkittavien elämänlaatu määritettiin käyttäen WHOQOL-BREF –mittaria, psykiatristen häiriöiden diagnosoimiseksi tehtiin MINI-haastattelu ja mahdollisen masennuksen vaikeusaste määritettiin käyttäen BDI- sekä MADRS-asteikkoja. Tutkittavat myös ilmoittivat sairastamansa sairaudet ja sairastumisajankohdan erillisellä kyselylomakkeella (liite 2). Aineistona tutkimuksessa on käytetty vuoden 2008 käyntien tietoja ja tuloksia, joten tutkittavat ovat olleet tutkimushetkellä syntymäkuukaudesta ja tutkimusajankohdasta riippuen 72-73 –vuotiaita.

4.2.1. WHOQOL-BREF

WHOQOL-BREF on siis 26-kohtainen elämänlaatukysely, josta saadaan elämänlaatupisteet neljässä domainissa (fyysinen, psykologinen, sosiaaliset suhteet ja ympäristö) sekä kahdessa yleistä elämänlaatua ja terveyttä koskevassa kysymyksessä. Kysymykset on järjestetty ryhmiin vastausten asteikon vastaavuuden mukaan, ei domaineittain. Vastaaminen tapahtuu 5-portaisella Likert-asteikolla. Domainien pisteet on laskettu ja muunnettu 0-100 skaalalle kehittäjän ohjeen mukaan (WHOQOL group, 1998).

4.2.2. Tietojen analyysi

Saatus tietoa tutkittiin vertaamalla masentuneiden sairauksien lukumäärää ja elämänlaadun domainien pistemääriä ei-masentuneiden kontrollien vastaaviin arvoihin ristiintaulukoinnein ja monimuuttujamallein. Keskiarvoja vertailtiin riippumattomien otosten t-testillä ja luokkamuuttujia χ^2 -testillä. P-arvoa $<0,05$ käytettiin tilastollisen merkitsevyyden raja-arvona.

5. TULOKSET

Aineiston sosiodemografisia taustamuuttujia sekä yleistä elämänlaatua ja terveyttä on kuvattu taulukossa 1. Tiedot on kerätty haastatellen ja kyselylomakkeilla, yleinen elämänlaatu on WHOQOL-BREF:n ensimmäinen kysymys (”Millaiseksi arvioitte elämänlaatunne?”) ja yleisen terveydentilan arvio SF-36 kyselyn ensimmäinen kysymys (”Onko terveytenne yleisesti ottaen...”).

Viimeisimmässä seurantatutkimuksessa tutkittavia oli 520, joista naisia 309 (59 %). Masennusdiagnoosi voitiin asettaa viidelle prosentille, miehistä masentuneita oli kolme ja naisista kuusi prosenttia; tämä ero ei kuitenkaan ole tilastollisesti merkitsevä. Masennus vaikuttaisi olevan hieman yleisempää eronneilla tai leskillä verrattuna parisuhteessa oleviin ja naimattomiin (6 vs. 4 %), mutta tilastollista merkitsevyyttä ei tässäkään ole. Kansakoulun tai vähemmän koulutusta saaneiden osuus on 70 %. Huomionarvoista on, että yksikään masentuneista ei arvioinut yleistä elämänlaatuaan erittäin hyväksi tai terveyttään erinomaiseksi. Voidaan myös nähdä, että yleisen elämänlaatunsa ja yleisen terveytensä keskimääräistä huonommaksi arvioivista selvästi suurempi osuus on masentuneita, kuin keskimääräistä paremmaksi arvioivista.

Taulukko 1. Sosiodemografiset muuttujat sekä yleinen elämänlaatu ja terveydentila jaoteltuna MINI:n avulla todetun ajankohtaisen masennustilan suhteen.

Muuttuja		Kaikki	Masentunut	%	Ei masentunut	%
	n	520	27	5	493	95
Sukupuoli	Mies	211	7	3	204	97
	Nainen	309	20	6	289	94
Siviilisääty	Parisuhteessa	343	15	4	328	96
	Naimaton	24	1	4	23	96
	Leski/eronnut	128	8	6	120	94
Koulutustaso	Kansakoulu tai vähemmän	360	18	5	342	95
	Keskikoulu	78	5	6	73	94
	Ylioppilas	56	3	5	53	95

Ammattikou- lutus	Ei ammattikoulutusta	132	8	6	124	94
	Ammatti- tai muita kursseja	176	8	5	168	95
	Koulutason ammatillinen tutkinto	93	5	5	88	95
	Opistotason ammatillinen tutkinto	53	4	8	49	92
	Korkeakoulututkinto	40	1	3	39	97
Yleisen elä- mänlaadun ar- vio	Erittäin huono	1	1	100	0	0
	Huono	30	6	20	24	80
	Ei hyvä eikä huono	200	17	9	183	91
	Hyvä	263	2	1	261	99
	Erittäin hyvä	20	0	0	20	100
Terveys ylei- sesti ottaen	Erinomainen	11	0	0	11	100
	Varsin hyvä	86	3	3	83	97
	Hyvä	149	3	2	146	98
	Tyydyttävä	254	18	7	236	93
	Huono	17	3	18	14	82

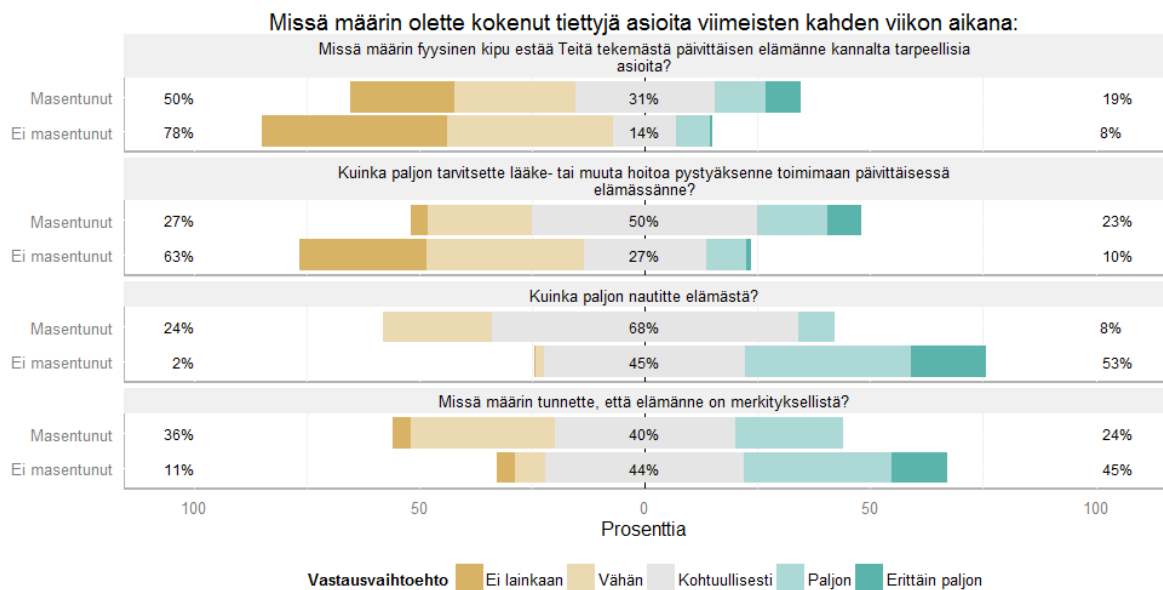
Masennuksen vaikutusta elämänlaatuun havainnollistetaan taulukossa 2. Taulukosta voidaan nähdä, että masentuneilla oli keskimäärin 1,6 sairautta enemmän kuin ei-masentuneilla, ja että tämä ero on tilastollisesti merkitsevä. Myös domaineittain tarkasteltaessa nähdään, että masentuneiden keskipistemäärät eli keskiarvot ovat merkittävästi ja tilastollisesti merkitsevästi matalammat jokaisessa WHOQOL-BREF:n domainissa.

Taulukko 2. WHOQOL-BREF domainien pisteet sekä itseilmoitettujen sairauksien määrät masentuneilla ja ei-masentuneilla.

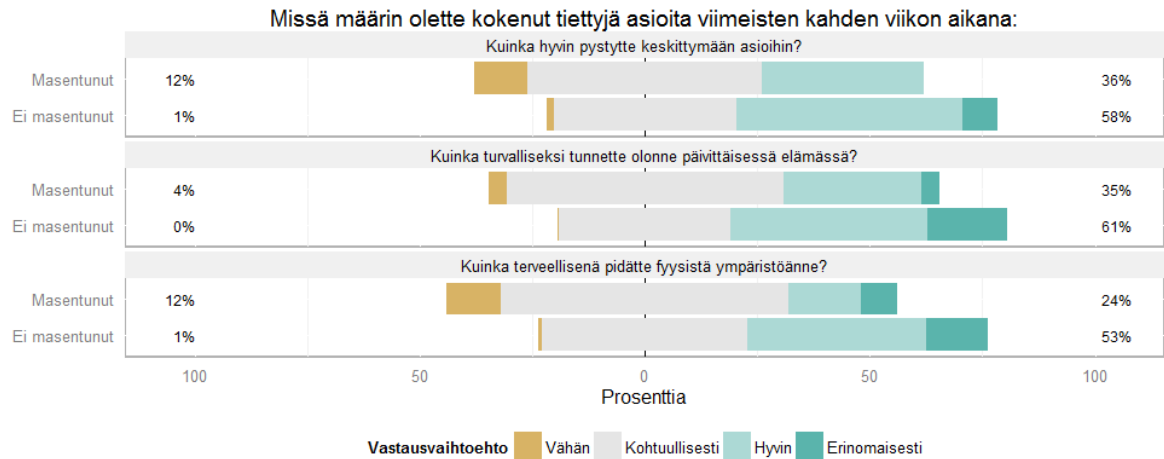
	Masentunut (n=27)		Ei masentunut (n=493)		p-arvo
	keskiarvo	keskihajonta	keskiarvo	keskihajonta	
Sairauksien lukumäärä	4,8	2,9	3,2	2,9	<0,005
Pisteet 0-100					
Domain 1 (fyysinen)	53,6	18,0	72,5	15,9	<0,0001
Domain 2 (psykologi- nen)	48,3	14,3	68,5	13,3	<0,0001
Domain 3 (sosiaalinen)	57,7	17,9	72,6	16,1	<0,0001
Domain 4 (ympäristö)	62,6	15,4	75,6	13,4	<0,0001

Kuvissa 1-6 on esitetty vastauksien jakautuminen kysymyskohtaisesti, jälleen esittäen erillään masentuneiden ja ei-masentuneiden vastaukset. Keskellä oleva palkki kuvaa asteikon keskimmäistä, yleensä neutraaleinta vastausta. Palkin keskelle merkitty prosenttiosuus siis kuvaa tuota keskimmäisen vastausvaihtoehdon määrää, ja reunassa oleva kahden kyseessä olevan puolelle jäävän vastausvaihtoehdon prosenttiosuutta. Kuvissa kysymykset ovat samassa järjestyksessä kuin alkuperäisessä kyselyssä, ja ne on ryhmitelty samalla tavoin yhtenevien vastausvaihtoehtojen vuoksi.

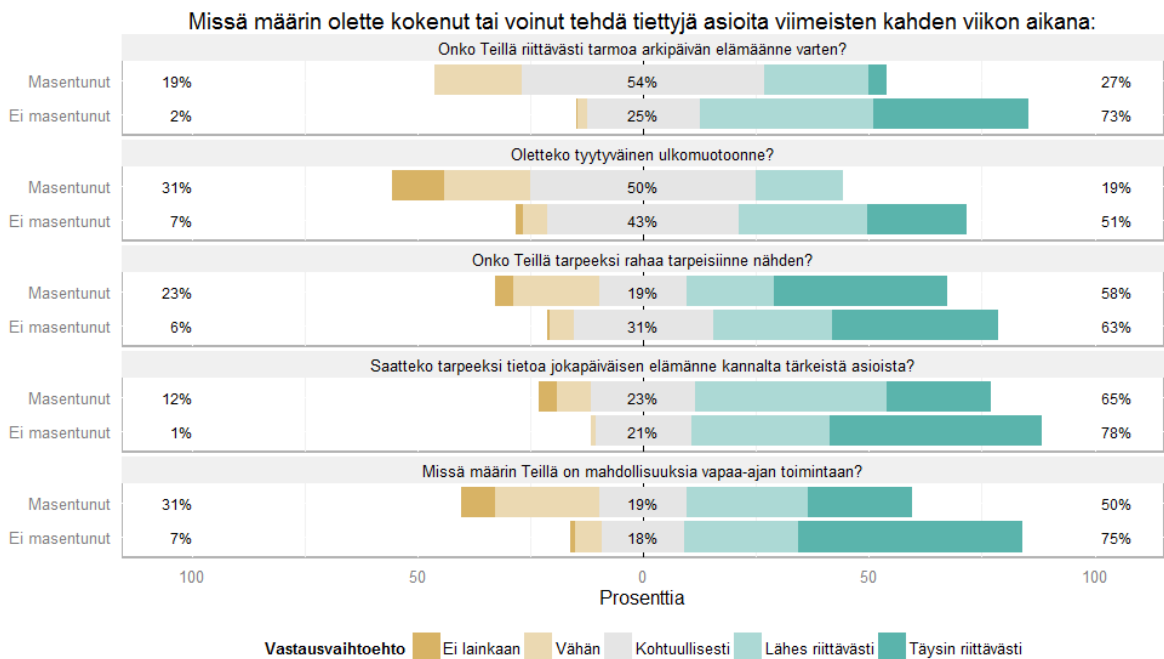
Kuten kuvista voidaan havaita, on masentuneiden ja ei-masentuneiden vastauksissa jokaiseen kysymykseen nähtävissä, että masentuneilla vastaukset painottuvat kielteisempiin vastausvaihtoehtoihin, mikä selittää taulukossa 2 havaitun eron domainien pistemäärissä. Erityisen suureksi ero muodostuu kysymyksissä, jotka kartoittavat masennuksen ydinoireisiin läheisesti liittyviä asioita kuten voimavaroja ja tyytyväisyyttä (kuvat 1, 3 ja 5).



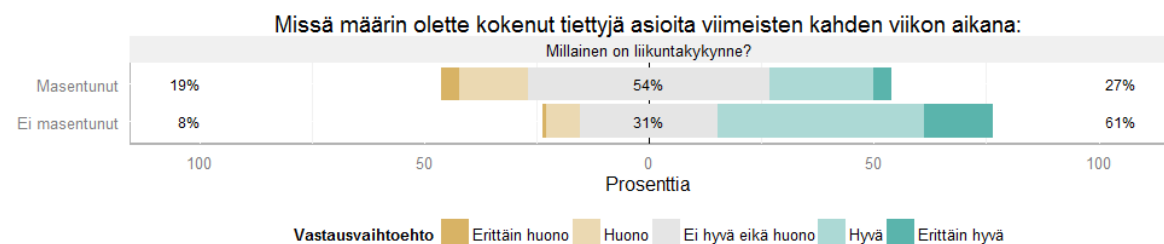
Kuva 1. Vastausten jakautuminen masentuneilla ja ei-masentuneilla. Keskellä ko. vastauksen prosentuaalinen osuus ja reunoissa keskimmäisen reunan puolelle jääneiden vastauksien osuus.



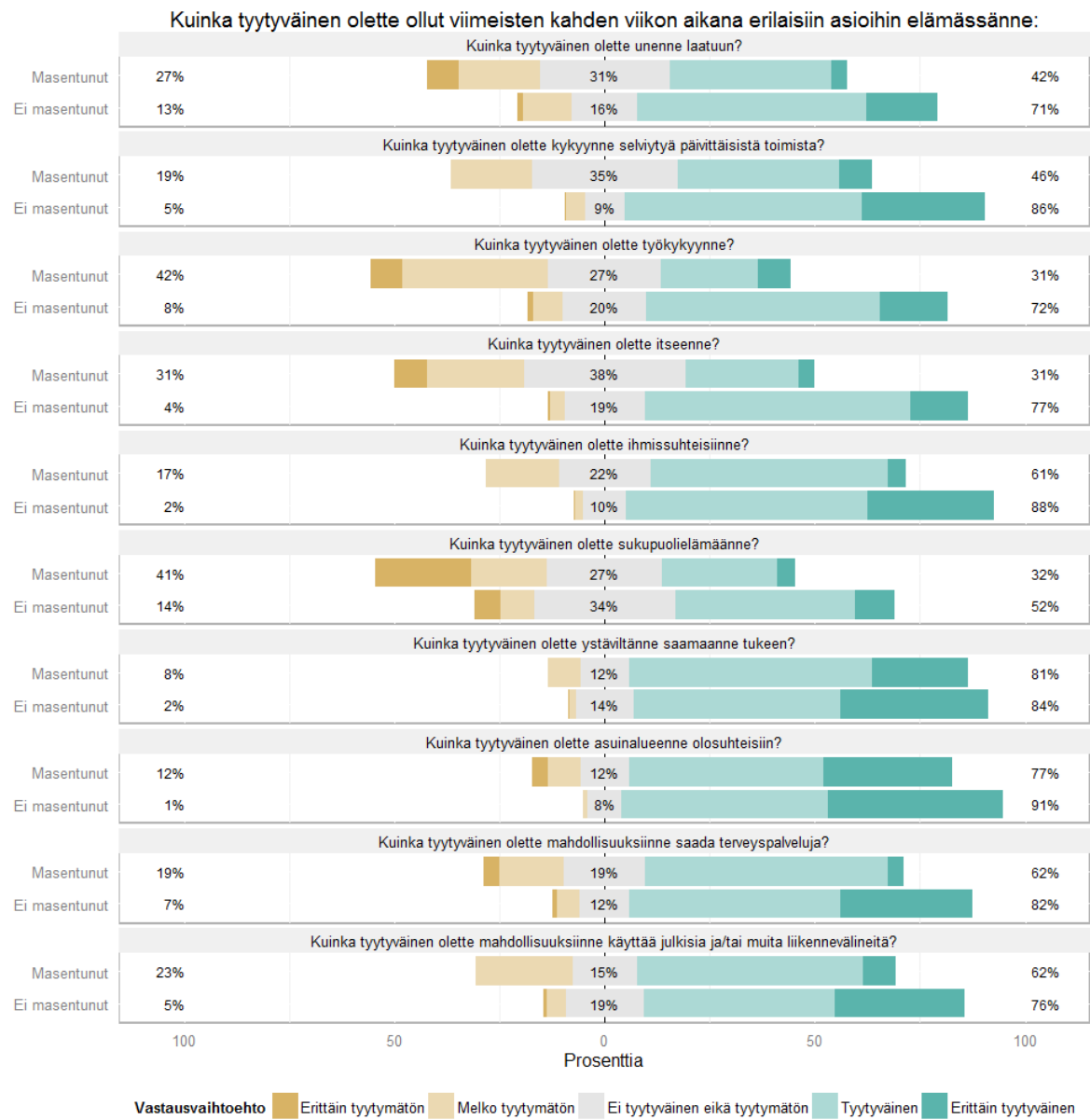
Kuva 2. Vastausten jakautuminen masentuneilla ja ei-masentuneilla. Keskellä ko. vastauksen prosentuaalinen osuus ja reunoissa keskimmäisen reunan puolelle jääneiden vastauksien osuus.



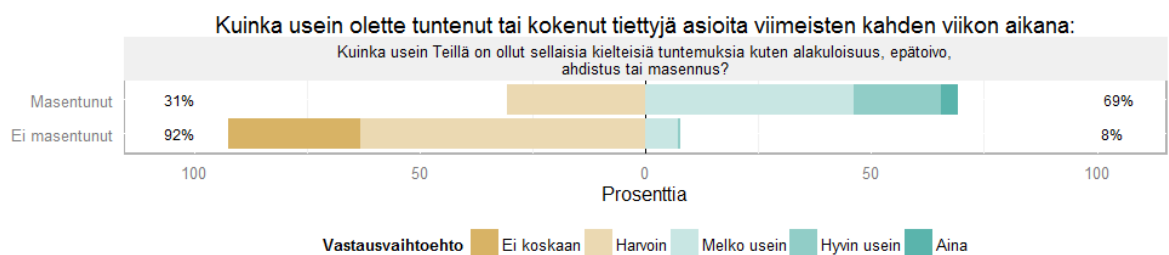
Kuva 3. Vastausten jakautuminen masentuneilla ja ei-masentuneilla. Keskellä ko. vastauksen prosentuaalinen osuus ja reunoissa keskimmäisen reunan puolelle jääneiden vastauksien osuus.



Kuva 4. Vastausten jakautuminen masentuneilla ja ei-masentuneilla. Keskellä ko. vastauksen prosentuaalinen osuus ja reunoissa keskimmäisen reunan puolelle jääneiden vastauksien osuus.



Kuva 5. Vastausten jakautuminen masentuneilla ja ei-masentuneilla. Keskellä ko. vastauksen prosentuaalinen osuus ja reunoissa keskimmäisen reunan puolelle jääneiden vastauksien osuus.



Kuva 6. Vastausten jakautuminen masentuneilla ja ei-masentuneilla. Keskellä ko. vastauksen prosentuaalinen osuus ja reunoissa keskimmäisen reunan puolelle jääneiden vastauksien osuus.

6. POHDINTA

Tämän tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää kliinisesti diagnosoidun masennuksen vaikutusta elämänlaatuun vanhuksilla valikoitumattomassa väestöaineistossa. Masennuksen diagnoosi oli tehty MINI-haastattelun avulla ja elämänlaatu arvioitu WHOQOL-BREF –mittarilla.

Tutkimuksen päälöydös oli, että masentuneilla elämänlaatu on merkittävästi huonompi kaikissa WHOQOL-BREF:n neljässä domainissa, eniten psykologisessa. Tämä sopii sekä aiempien aikuisväestössä tehtyjen tutkimusten (da Rocha ym. 2009, da Silva Lima ja de Almeida Fleck 2007, Ohaeri ym. 2009, Yen ym. 2009) että vanhusväestössä tehdyn tutkimuksen (Dragomircea ym. 2008) perusteella esitettyyn hypoteesiin ja osoittaa, että ero masentuneiden ja ei-masentuneiden elämänlaadussa on olemassa myös valikoitumattomassa aineistossa.

Havaittiin myös, että masentuneiden itse ilmoittama sairauksien määrä on suurempi kuin ei-masentuneilla. Samanlaista tutkimusasetelmaa (itse ilmoitettujen sairauksien lukumäärä masentuneilla ja ei-masentuneilla) ei tullut kirjallisuushaussa esille.

On epäilty, että masentuneiden elämänlaatu on alhaisempi terveisiin verrattuna sen vuoksi, että elämänlaatukyselyt mittaisivat osin masennusoireita. Tämä päällekkäisyys olisi siis syy siihen, että masentuneiden elämänlaatu vaikuttaa huonommalta, ja mittarit eivät mittaisikaan elämänlaatua vaan ainakin osittain masennusoireita. Kuitenkin on osoitettu, että WHOQOL-BREF on suurimmilta osin objektiivinen myös masennuksen suhteen, ja että sen domainien pistemäärät korreloivat vain heikosti tai kohtalaisesti masennuksen vaikeusastetta määrittävien testien pistemäärien kanssa. Vaikka osa kysymyksistä voi antaa tietoa sekä masennuksesta että elämänlaadusta, eivät nämä kaksi ole silti sama asia. (da Rocha ym. 2009).

Suurempi merkitys lienee sillä, että masentunut ihminen arvioi itseään, maailmaa ja tulevaisuuttaan sairautensa vuoksi negatiivisemmin (Yen ym. 2009), eli Beckin esittämä kognitiivinen triadi (da Rocha ym. 2009). Tämä ero terveiden ja masentuneiden välillä on nähtävissä kuvassa 5, jossa kysymykseen ”Kuinka tyytyväinen olette itseenne?” on masentuneista 31 % vastannut ”Erittäin tyytymätön” tai ”Melko tyytymätön”, kun vastaava osuus ei-masentuneista on 4 %. Koska elämänlaatu on nimenomaan yksilön oma käsitys asemastaan suhteessa ympäristöönsä

(WHOQOL Group, 1998), on ymmärrettävää, että mielialan ja itsetunnon laskiessa myös elämänlaatu laskee. Myös monet masennukseen liittyvät asiat kuten sosiaalisen kanssakäymisen väheneminen, mahdolliset taloudelliset vaikeudet ja aikaansaamattomuus vaikuttavat heikentävästi elämänlaadun osa-alueisiin (Sung ja Yeh 2007).

Mielenkiintoisia eroavaisuuksia terveiden ja masentuneiden välillä havaittiin myös, kun kuvissa 1-6 eriteltiin kysymyskohtaisesti vastausten jakautumia. Kuvasta 1 nähdään, että kysymykseen ”Kuinka paljon nautitte elämästä?” kahden negatiivisimman vastausvaihtoehdon valinneiden määrä on 12-kertainen masentuneilla terveisiin verrattuna. Masennuksen vaikutusta työkykyyn voidaan havainnoida kuvasta 5, jossa kysymykseen ”Kuinka tyytyväinen olette työkykyynne?” niin ikään kahden negatiivisimman vastauksen valinneiden määrä on masentuneilla yli viisinkertainen terveisiin verrattuna. Näiden erojen tilastollista merkitsevyyttä ei kuitenkaan ole tutkittu, vaan tulokset ovat suuntaa antavia.

Tämän tutkielman heikkoutena on käänösvirhe, jossa kaksi ensimmäistä WHOQOL-BREF –mittarin kysymystä on suomennettu samaksi kysymykseksi, ”Millaiseksi arvioitte elämänlaatunne?” on kysytty kaksi kertaa ja kysymys ”Kuinka tyytyväinen olette terveyteenne?” on jäänyt pois. Sen tilalle otettiin tästä syystä SF-36 –kyselyn kysymys ”Onko terveytenne yleisesti ottaen...”, joka on sisällöltään lähes vastaava. Tältä käänösvirheeltä olisi eittämättä säästyttävä käyttämällä suomentamiseen WHO:n esittämää käänösprotokollaa. Virheen vuoksi yleinen elämänlaatu ja terveys jouduttiin jättämään arvioimatta, jättää osaltaan tulokset vaillinaisiksi ja kokonaisuudessaan vertailu aiempaan dataan ei onnistu. Myös masentuneiden kohtuullisen pieni määrä tutkimusaineistossa asettaa omat rajoituksensa tuloksien tulkinnalle. Tutkimuksen vahvuutena on kohorttiasetus, sekä luotettava masennuksen diagnostiikka. Tutkimuksen tulokset ovat siis yleistettävissä yleiseen vanhuusväestöön ja masennuksen voidaan sanoa olevan tuloksen taustalla.

Masennus on kokonaisvaltainen sairaus, ja alentaa merkittävästi elämänlaatua myös vanhuksilla. Masentuneiden elämänlaatua tulisikin mitata, ja seurata vaikuttaako annettu hoito masennoituneiden lisäksi myös potilaiden elämänlaatuun.

7. LÄHTEET

Development of the World Health Organization WHOQOL-BREF quality of life assessment. The WHOQOL Group. *Psychol Med* 1998;28:551-8.

Bondolfi G, Jermann F, Rouget BW, ym. Self- and clinician-rated Montgomery-Asberg Depression Rating Scale: evaluation in clinical practice. *J Affect Disord* [verkkolehti] 2010;121:268-72:Mar.

da Rocha NS, Power MJ, Bushnell DM ja Fleck MP. Is there a measurement overlap between depressive symptoms and quality of life?. *Compr Psychiatry* 2009;50:549-55.

da Silva Lima AF ja de Almeida Fleck MP. Subsyndromal depression: an impact on quality of life?. *J Affect Disord* 2007;100:163-9.

Dragomirecka E, Bartonova J, Eisemann M, ym. Demographic and psychosocial correlates of quality of life in the elderly from a cross-cultural perspective. *Clinical Psychology & Psychotherapy* 2008;15:193-204.

Ferrari AJ, Charlson FJ, Norman RE, ym. Burden of Depressive Disorders by Country, Sex, Age, and Year: Findings from the Global Burden of Disease Study 2010. *PLoS Med* 2013;10:e1001547.

Hamilton M. A rating scale for depression. *Journal of Neurology, Neurosurgery & Psychiatry* 1960;23:56-62.

Hawthorne G, Richardson J ja Day NA. A comparison of the Assessment of Quality of Life (AQoL) with four other generic utility instruments. *Ann Med* 2001;33:358-70.

ICD-10 hakuohjelma, artikkeli F32 masennus. Luettu 6.12.2014. Saatavilla www.terveysportti.fi

Kroenke K, Spitzer RL ja Williams JB. The PHQ-9: validity of a brief depression severity measure. *Journal of General Internal Medicine* 2001;16:606-13.

Lönnqvist J ja Aalberg V. *Psykiatria*. 5. uud. p. painos. Helsinki: Duodecim 2007.

Naumann VJ ja Byrne GJ. WHOQOL-BREF as a measure of quality of life in older patients with depression. *Int Psychogeriatr* 2004;16:159-73.

Ohaeri JU, Awadalla AW ja Gado OM. Subjective quality of life in a nationwide sample of Kuwaiti subjects using the short version of the WHO quality of life instrument. *Social Psychiatry & Psychiatric Epidemiology* 2009;44:693-701.

Pahkala K, Kesti E, Kongas-Saviaro P, Laippala P ja Kivela SL. Prevalence of depression in an aged population in Finland. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 1995;30:99-106.

Poutanen O, Koivisto AM, Kaaria S ja Salokangas RK. The validity of the Depression Scale (DEPS) to assess the severity of depression in primary care patients. *Fam Pract* [verkkolehti] 2010;27:527-34:Oct.

Rajala U, Laakso M, Paivansalo M, Pelkonen O, Suramo I ja Keinanen-Kiukaanniemi S. Low insulin sensitivity measured by both quantitative insulin sensitivity check index and homeostasis model assessment method as a risk factor of increased intima-media thickness of the carotid artery. *J Clin Endocrinol Metab* 2002;87:5092-7.

Rajala U, Uusimaki A, Keinanen-Kiukaanniemi S ja Kivela SL. Prevalence of depression in a 55-year-old Finnish population. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 1994;29:126-30.

Schwab J, Bialow M, Clemmons R, Martin P ja Holzer C. The Beck depression inventory with medical inpatients. *Acta Psychiatr Scand* 1967;43:255-66.

Seitz DP. Screening mnemonic for generalized anxiety disorder. *Canadian Family Physician* 2005;51:1340.

Sung SC ja Yeh MY. Factors related to quality of life in depressive outpatients in Taiwan. *Psychiatry Clin Neurosci* 2007;61:610-5.

WHOQOL group. WHOQOL user manual. Luettu 6.11.2014. Saatavilla http://www.who.int/mental_health/evidence/who_qol_user_manual_98.pdf

Yen CF, Chen CC, Lee Y, Tang TC, Ko CH ja Yen JY. Association between quality of life and self-stigma, insight, and adverse effects of medication in patients with depressive disorders. *Depression & Anxiety* 2009;26:1033-9.

Yesavage JA, Brink TL, Rose TL, ym. Development and validation of a geriatric depression screening scale: a preliminary report. *J Psychiatr Res* 1982;17:37-49.

LIITE 1. WHOQOL-100 DOMAINIT JA FACETIT

Domain I	Physical Capacity
1	Pain and discomfort
2	Energy and fatigue
3	Sleep and rest
Domain II	Psychological
4	Positive feelings
5	Thinking, learning, memory and concentration
6	Self-esteem
7	Bodily image and appearance
8	Negative feelings
Domain III	Level of Independence
9	Mobility
10	Activities of daily living
11	Dependence on medication or treatments
12	Work capacity
Domain IV	Social Relationships
13	Personal relationships
14	Social support
15	Sexual activity
Domain V	Environment
16	Physical safety and security
17	Home environment
18	Financial resources
19	Health and social care: accessibility and quality
20	Opportunities for acquiring new information and skills
21	Participation in and opportunities for recreation/ leisure activities
22	Physical environment (pollution/noise/traffic/climate)
23	Transport
Domain VI	Spirituality/Religion/ Personal Beliefs
Overall quality of life and general health perceptions	

LIITE 2: SAIRAUKSIEN KYSELYLOMAKE

I Sairaudet

1. Onko sinulla koskaan ollut mitään seuraavia lääkärin toteamia tai hoitamia oireita, sairauksia tai vammoja?

	0=ei	1=kyllä	vuosi
Verenpainetauti	—		_____
Sydämen vajaatoiminta	—		_____
Sepelvaltimotauti (angina pectoris)	—		_____
Keuhkoastma	—		_____
Keuhkolaajentuma, keuhkoputken tulehdus tai krooninen keuhkokatarri	—		_____
Maha- tai pohjukaissuolihaava	—		_____
Sappikiviä, sappirakkotulehdus	—		_____
Pitkäaikainen maksasairaus	—		_____
Haimatulehdus tai muu pitkäaikainen haimasairaus	—		_____
Selän kulumavika tai muu selkäsairaus	—		_____
Nivelreuma	—		_____
Muu nivelsairaus	—		_____
Katkokävely (alaraajojen valtimotauti)	—		_____
Silmäsairaus tai vamma	—		_____
Glaukooma, silmänpainetauti, viherkaihi	—		_____
Harmaakaihi	—		_____
Silmäpohjan rappeuma	—		_____
Muu silmäsairaus	—		_____
Epilepsia	—		_____
Migreenipäänsärky	—		_____
Muu päänsärky	—		_____
Kilpirauhasen liikatoiminta	—		_____
Kilpirauhasen vajaatoiminta	—		_____
Munuaisten vajaatoiminta	—		_____
Pitkäaikainen virtsateiden tulehdus tai munuaistulehdus	—		_____
Munasarjatulehdus (naiset)	—		_____
Eturauhastulehdus (miehet)	—		_____
Syöpä, mikä _____ _____	—		_____
Masennus.	—		_____
Jokin muu krooninen tauti	—		_____
mikä _____	—		_____