



Vanhoista vanhimpien elämänlaatu

Sini Eloranta¹², Maria Mäkimattila³, Matti Viitanen⁴⁵,
Laura Viikari⁴⁵, Marika Salminen⁵⁶

¹*Turun ammattikorkeakoulu, Terveys ja hyvinvointi*

²*Turun yliopisto, Hoitotieteen laitos*

³*Tmi Toimintaterapeutti Maria Mäkimattila*

⁴*Turun yliopisto, Geriatria*

⁵*Turun kaupunginsairaala*

⁶*Turun yliopisto, yleislääketiede*

Tutkimuksen tarkoituksena oli arvioida 95-vuotiaiden koettua elämänlaatua sekä tyytyväisyyttä elämänlaadun fyysiseen, psyykkiseen, sosiaaliseen ja elinympäristöön liittyvään elämänlaadun olottuvuuteen. Tutkimuksessa kohdejoukkona olivat turkulaiset kotona tai laitoshoidossa asuneet vuonna 1920 syntyneet (n=58). Elämänlaatua arvioitiin WHOQOL-Bref-mittarilla. Tulosten mukaan melkein kolme neljäsosaa (73 %) koki elämänlaatunsa hyväksi tai erittäin hyväksi ja oli melko tai erittäin tyytyväinen terveyteensä. Vastaajat kokivat elämänlaatunsa olottuvuuksista parhaaksi elinympäristöön liittyvän olottuvuuden (keskiarvopisteet 77,8) ja heikoimmaksi psyykkisen olottuvuuden (60,9). Vaikka psyykinen olottuvuus koettiin heikoimmaksi elämänlaadun olottuvuudeksi, yli puolet vastaajista koki nauttivansa elämästä ja kaksi kolmasosaa koki elämänsä vähintään kohtuullisen merkitykselliseksi. Tutkimuksen tulokset vahvistavat tietoa siitä, että parhaiten pärjäävällä osalla hyvin iäkkäistä elämänlaatu säilyy pääsääntöisesti hyvänä korkeaan ikään saakka.

Johdanto

Väestö ikääntyy ja elinajanodote nousee. Vanhoista vanhimmat ovat kaikkein nopeimmin kasvava ikäryhmä niin Suomessa kuin monessa muussakin maassa. (WHO 2016; Tilastokeskus 2019; Jylhä 2020.) Yhteiskunnan ja palveluiden suunnittelemisen kannalta tärkeä kysymys on, millaiseksi hyvin vanhoiksi elävät ihmiset kokevat elämänlaatunsa (WHO 2016). Kaikkein vanhimpien elämänlaatua tunnetaan huonosti,

vaikka he ovat useissa maissa nopeimmin kasvava väestöryhmä. Tämän väestöryhmän tutkimista tarvitaan ymmärtämään vanhuutta sekä palvelujärjestelmän kehittämiseksi vastaamaan ihmisten todellisia tuen tarpeita. (Helminen, Sarkela, Enroth, Hervonen & Jylhä 2012.)

Elämänlaadun käsite on moniulotteinen. Tässä tutkimuksessa tarkastelemme elämänlaatua yksilön subjektiivisena arviona hyödyntäen Maailman terveysjärjestön (WHO) määritelmää elämänlaadusta. Määritelmässä elämän-

laatu koostuu neljästä ulottuvuudesta: fyysisestä, psyykkisestä, sosiaalisesta ja elinympäristöstä. (WHOQOL-Group 1998.) Yksilöillä elämänlaadun ulottuvuuksien merkitys vaihtelee elämäntilanteiden ja -kulun mukaan. Esimerkiksi hyvin vanhoilla ihmisillä koetussa elämänlaadussa korostuvat tähän elämänvaiheeseen liittyvät erityispiirteet, joita nuoremmilla ei niinkään ole. Tällaisia erityispiirteitä ovat muun muassa fyysisen toimintakyvyn heikentyminen ja riippuvuus muiden tuesta ja avusta. (Bowling 2007; Walker & Mollenkopf 2007; Vaarama, Siljander, Luoma & Meriläinen 2010.)

Gerontologisissa elämänlaadun tutkimuksissa on havaittu, että vaikka ihminen arvioisi fyysisen elämänlaadun ulottuvuuden heikoksi, hän saattaa arvioida sosiaalisen ulottuvuuden hyväksi (Layte, Sexton & Savva 2013). Perusajatus on, että elämänlaadusta saadaan parempi kuva, kun käytetään kokonaiselämänlaadun arvioinnin lisäksi monipuolisesti elämänlaadun eri ulottuvuuksien arvioimista (Bowling 2007; Walker & Mollenkopf 2007; Vaarama ym. 2010). Tässä tutkimuksessa käytetty WHO:n elämänlaadun määritelmään perustuva WHOQOL-Bref-elämänlaatumittari ja sen neljä ulottuvuutta antavat kuvaa siitä, mistä ja millä tavalla tutkimukseen osallistuvien hyvin vanhojen ihmisten elämänlaatu koostuu kyseisellä mittarilla arvioituna.

Aikaisempien tutkimusten perusteella vanhoista vanhimpien elämänlaadun on todettu pääsääntöisesti säilyvän hyvänä, vaikka kaikilla elämänlaadun ulottuvuuksilla tapahtuu heikentymistä iän myötä (Vaarama, Luoma & Ylönen 2006; Vaarama ym. 2010). Suomalaisten hyvinvointitutkimuksessa havaittiin, että noin kolme viidesosaa 80 vuotta täyttäneistä koki yleisen elämänlaatunsa hyväksi tai erittäin hyväksi. Toisaalta 85 vuotta täyttäneistä miehistä lähes 20 prosenttia koki elämänlaatunsa huonoksi; vastaava osuus 85 vuotta täyttäneillä naisilla oli alle 10 prosenttia. (Vaarama, Munkkila & Hannikainen-Ingman 2014.)

Elämänlaadun ulottuvuuksien merkitys vaihtelee elämäntilanteiden eri vaiheissa. Fyysisen

ulottuvuuteen liittyvät tekijät korostuvat iäkkäällä nuorempiin verrattuna. (Poon, Martin, Bishop & Cho 2010.) Vanhimmissa ikäryhmissä tärkeitä elämänlaadun ylläpitäjiä ovat kokemus hyvästä terveydestä ja toimintakyvystä, myönteinen asennoituminen fyysiseen vanhenemiseen, tarmon säilyminen arkipäivästä selviytymisessä sekä hyvä unen laatu (Fagerström & Borglin 2010; Poon ym. 2010; Fusco ym. 2012; Andersson, Marcusson & Wressle 2013; Low, Molzahn & Schopflocher 2013; Xie ym. 2014; Ng, Tey & Asadullah 2017).

Psyykkisellä ja sosiaalisella ulottuvuudella elämänlaadua vahvistavia tekijöitä vanhimmissa ikäryhmissä ovat elämään tyytyväisyys, hyvä mielenterveys ja sosioekonominen asema (Fagerström & Borglin 2010; Poon ym. 2010; Fusco ym. 2012; Andersson ym. 2013; Xie ym. 2014; Ng ym. 2017). Lisäksi läheisiltä ja ystäviltä saatu tuki ja tieto siitä, että tarvittaessa saa arjesta selviytymiseen ulkopuolista tukea, ovat elämänlaatuun positiivisesti vaikuttavia tekijöitä vanhimmissa ikäryhmissä (Vaarama ym. 2010; Wong ym. 2014).

Aikaisemmissa tutkimuksissa elinympäristön ulottuvuus on elämänlaadun ulottuvuuksista koettu parhaimmaksi sekä kotona että laitoksessa asuvien iäkkäiden keskuudessa: yli 60 prosenttia vastaajista koki olonsa erittäin turvallisiksi päivittäisessä elämässään. Heikoimmaksi elämänlaadun ulottuvuudeksi puolestaan koettiin psyykinen: vain kolmannes miehistä ja vajaa kolmannes naisista koki nauttivansa elämästä. Elämänsä merkitykselliseksi koki 40 prosenttia miehistä ja 29 prosenttia naisista. (Torelli ym. 2019.) Myös muissa aikaisemmissa tutkimuksissa iäkkäät ovat kokeneet psyykkisen elämänlaadun ulottuvuudet heikoimmiksi (Vaarama ym. 2014; Cao ym. 2016).

Vanhoista vanhimpien koetun elämänlaadun arvioiminen on tärkeää, sillä huonoksi koettu elämänlaatu on yhteydessä masennukseen, lisääntyneeseen lääkkeiden käyttöön ja heikentyneeseen päivittäisistä toiminnoista suoriutumiseen (Andersson ym. 2013). Heikko elämänlaatu ennustaa vanhuksilla myös ennenaikaista

laitoshoitoon joutumista (Bilotta ym. 2011). Tutkimustieto vanhoista vanhimmista sekä heidän elämänlaadustaan on kuitenkin vielä vähäistä (Poon ym. 2010; Helminen ym. 2012; Low ym. 2013; Jylhä 2020).

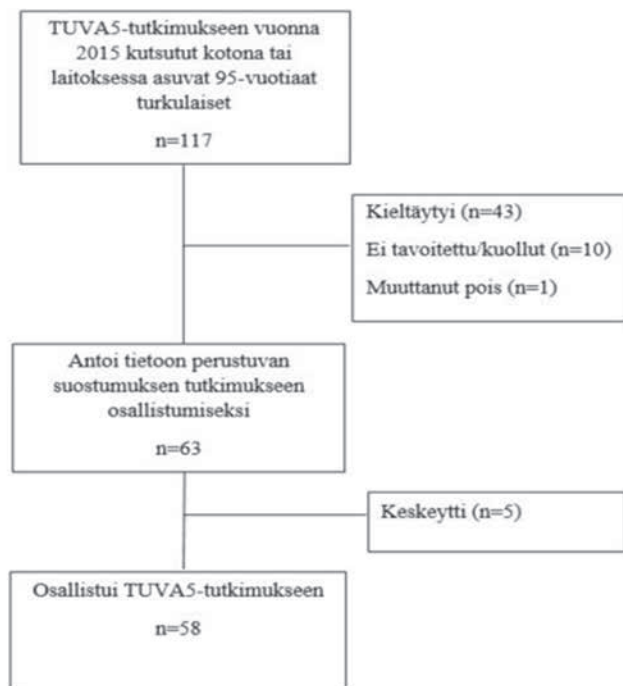
Tämän tutkimuksen tarkoituksena oli arvioida 95-vuotiaiden turkulaisten koettua elämänlaatua sekä tyytyväisyyttä elämänlaadun fyysiseen, psyykkiseen, sosiaaliseen ja elinymäristöön liittyvään ulottuvuuteen.

Aineisto ja menetelmät

Tutkimus on osa Turun vanhustutkimusta (TUVA). TUVA-tutkimus on väestöpohjainen pitkittäistutkimus, jonka aineisto kerättiin vuosina 1990–1991. Kohdejoukkona olivat 70-vuotiaat (vuonna 1920 syntyneet) kotona asuvat turkulaiset (n = 1032, 70 % kutsutuista) (Upmeier ym. 2016; Henriksson ym. 2017). Heidät tutkittiin uudelleen vuosina 2000–2001

(TUVA2), 2005–2006 (TUVA3), 2009–2011 (TUVA4) sekä 2015 (TUVA5). TUVA5-tutkimukseen kutsuttiin 117 edelleen Turussa kotona tai laitoksessa asuvaa 95-vuotiasta turkulaista. TUVA5-tutkimuksen kulkukaavio on esitetty kuviossa 1.

TUVA-tutkimuksen aineiston keruu on kuvattu tarkemmin toisaalla (Henriksson ym. 2017). TUVA-tutkimuksella on Turun kaupungin eettisen toimikunnan (§ 8/19.12.1990) ja Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirin eettisen toimikunnan (§ 31/16.2.2010) puollot. TUVA-tutkimukselle on saatu tutkimuslupa Turun kaupungilta. Tutkittavien tietoinen suostumus tutkimukseen osallistumisesta kysyttiin kirjallisesti haastattelujen yhteydessä. Tutkittavia informoitiin suullisesti ja kirjallisesti tutkimuksesta, sen tarkoituksesta ja tutkittavien oikeuksista. Tutkittavilla oli mahdollisuus keskeyttää osallistuminen tutkimuksen missä tahansa vaiheessa.



Kuvio 1. Turun vanhustutkimuksen vuoden 2015 (TUVA5) kulkukaavio

TUVA5-tutkimuksen aineisto kerättiin strukturoiduilla kyselylomakkeilla kasvokkain haastatellen. Yhden haastattelun kesto oli keskimäärin 90–120 minuuttia, ja se toteutettiin tarvittaessa kahdessa osassa. Osalla tutkittavista oli omainen mukana haastattelutilanteessa.

Taustatietoina tutkittavilta tiedusteltiin sukupuolta, siviilisäätystä, asumispaikkaa, samassa taloudessa asuvia sekä tehtiin kognitiivinen arvio (*Mini-Mental State Examination*, MMSE). Elämänlaatua arvioitiin WHO:n *Quality of Life-BREF*-mittarilla (WHOQOL-BREF). Mittarissa on yhteensä 26 Likert-asteikollista kysymystä, joista yksi liittyy yleiseen elämänlaatuun (Millaiseksi arvioitte elämänlaatunne?) ja yksi yleiseen terveydentilaan (Kuinka tyytyväinen olette terveyteenne?). Loput 24 kysymystä liittyvät neljään eri elämänlaadun ulottuvuuteen: fyysinen (7 kysymystä), psyykinen (6 kysymystä), sosiaalinen (3 kysymystä) ja elinympäristö (8 kysymystä). Tutkimukseen osallistujia pyydettiin arvioimaan elämänlaatuun kyselyä edeltävän kahden viikon ajalta. (WHOQOL Group 1998.)

WHO:n *Quality of Life-BREF*-mittarin neljästä, fyysisestä, psyykkisestä, sosiaalisesta ja elinympäristöä kuvaavasta ulottuvuudesta muodostettiin summamuuttujat, jotka pisteytettiin asteikolla 0–100 mittarin ohjeiden mukaisesti. Pisteytyksessä suurempi arvo tarkoittaa parempaa elämänlaatua. Kaikilta tutkittavilta ei kognitiivisten haasteiden tai vähäisten voimavarojen vuoksi saatu vastauksia kaikkiin mittarin väittämiin. Pisteytystä ei laskettu niistä lomakkeista, joissa puuttuvia vastauksia oli yli 20 prosenttia. Mikäli yksi vastaus puuttui, korvattiin se käyttämällä muiden kyseisen ulottuvuuden kysymysten keskiarvoa. Fyysisen, psyykkisen tai sosiaalisen ulottuvuuden pistemäärää ei laskettu, jos niiden kysymyksistä puuttui kaksi tai enemmän ja ympäristöulottuvuuden pistemäärää ei laskettu, jos sen kysymyksistä puuttui kolme tai enemmän. (WHOQOL Group 1998.) Aineistoa kuvailtiin tarkastelemalla muuttujien frekvenssi- ja prosenttijakaumia, keskiarvoa, keskihajontaa

sekä minimi- ja maksimiarvoja (WHOQOL Group 1998).

Tulokset

Vastaajien taustatiedot

Vastaajista 81 prosenttia (n=47) oli naisia ja 19 prosenttia (n=11) miehiä. Kaksi viidestä tutkimukseen osallistuneesta asui omassa kodissaan, 17 prosenttia palvelutalossa ja 21 prosenttia ympärivuorokautisen hoidon yksikössä. Suurin osa osallistujista oli siviilisäädyltään leskiä. Vastaajien taustatiedot on esitetty tarkemmin taulukossa 1.

Taulukko 1. Vuonna 1920 syntyneiden 95-vuotiaiden TUVA-tutkimukseen osallistuneiden (n=58) taustatiedot.

	n (%)
Sukupuoli	
Nainen	47 (81)
Mies	11 (19)
Siviilisäätty	n (%)
Naimisissa tai avoliitossa	5 (9)
Naimaton	3 (5)
Asumuserossa tai eronnut	4 (7)
Leski	46 (79)
Asuinpaikka	
Kotona	36 (62)
Palvelutalossa	10 (17)
Ympäri- vuorokautisen hoidon pysyväispaikassa	12 (21)
Asumistapa	
Yksin	48 (83)
Puolison kanssa	5 (9)
Lapsen/lapsen perheen kanssa	3 (5)
Jonkun muun/muiden kanssa	2 (3)
MMSE (Mini-Mental State Examination) (n=56)	
25–30	20 (36)
17–24	28 (50)
< 16	8 (14)

Koettu elämänlaatu ja tyytyväisyys terveyteen

Noin kolme neljäsosaa vastaajista koki elämänlaatusa hyväksi tai erittäin hyväksi (n=38, 73 %). Vastaajista 27 prosenttia (n=14) ei kokenut elämänlaatuun hyväksi eikä huonoksi. Yksikään vastaajista ei arvioinut elämänlaatuun huonoksi.

Noin kolme neljäsosaa vastaajista oli melko tai erittäin tyytyväinen terveyteensä (n=38, 73 %). Vastaajista 19 prosenttia (n=10) ei ollut terveydentilaansa tyytyväinen eikä tyytymätön. Heistä 8 prosenttia (n=4) oli erittäin tai melko tyytymätön terveydentilaansa.

Vastaajien keskiarvopisteet elämänlaadun fyysisessä, psyykkisessä, sosiaalisessa ja elinympäristöön liittyvässä ulottuvuudessa vaihtelivat välillä 60,9 ja 77,8 ollen matalimmat psyykkisessä ulottuvuudessa ja korkeimmat elinympäristöä kuvaavassa ulottuvuudessa (taulukko 2).

Elämänlaadun fyysinen ulottuvuus

Vastaajista reilulla kolmanneksella fyysinen kipu ei estänyt millään tavalla päivittäisistä toiminnoista suoriutumista (taulukko 3). Vaikka lähes kaikki vastaajat tarvitsivat lääkettä tai muuta hoitoa selviytyäkseen päivittäisistä toi-

minnoista, lähes kolme neljäsosaa vastaajista oli kuitenkin melko tai erittäin tyytyväisiä päivittäisistä toiminnoista suoriutumiseensa. Lisäksi yli kaksi kolmasosaa koki, että heillä oli lähes tai täysin riittävästi tarmoa arkipäivän elämää varten, ja lähes kaksi kolmasosaa piti liikuntakykyään hyvänä tai jopa erittäin hyvänä. Unen laatuun tyytyväisiä oli selvästi yli puolet vastaajista.

Elämänlaadun psyykkinen ulottuvuus

Vastaajista yli puolet koki nauttivansa elämästä paljon tai erittäin paljon ja kaksi kolmasosaa koki elämänsä vähintään kohtuullisen merkitykselliseksi (taulukko 4). Lähes kaksi kolmasosaa oli tyytyväinen tai erittäin tyytyväinen itseensä. Suurin osa vastaajista ilmoitti, että kokee kielteisiä tunteita, kuten alakuloa, epätoivoa, ahdistusta ja masennusta, harvoin tai ei koskaan.

Elämänlaadun sosiaalinen ulottuvuus

Suurin osa vastaajista oli melko tai erittäin tyytyväisiä ihmissuhteisiinsa ja yli puolet oli melko tai erittäin tyytyväisiä ystäviltään saamaansa tukeen (taulukko 5).

Taulukko 2. Vuonna 1920 syntyneiden 95-vuotiaiden TUSA-tutkimukseen osallistuneiden elämänlaadun ulottuvuuksien kokonaispisteet.

Koetun elämänlaadun ulottuvuudet	Keskiarvo	Keskihajonta	Vaihteluväli
Fyysinen (n=49)	64,7	15,6	25–94
Psyykkinen (n=48)	60,9	11,9	31–88
Sosiaalinen (n=48)	70,2	16,7	19–100
Elinympäristö (n=47)	77,8	11,4	50–100

Taulukko 3. Vuonna 1920 syntyneiden 95-vuotiaiden TUVAtutkimuksen osallistuneiden elämänlaadun fyysinen ulottuvuus, n (%).

	Ei lainkaan	Vähän	Kohtuullisesti	Paljon	Erittäin paljon
Missä määrin fyysinen kipu estää Teitä tekemästä päivittäisen elämänne kannalta tarpeellisia asioita? (n=52)	19 (37)	17 (33)	11 (19)	2 (4)	3 (6)
Kuinka paljon tarvitsette lääke- tai muuta hoitoa pystyäkseenne toimimaan päivittäisessä elämässänne? (n=51)	2 (4)	15 (29)	20 (39)	12 (24)	2 (4)
	Ei lainkaan	Vähän	Kohtuullisesti	Lähes riittävästi	Täysin riittävästi
Onko teillä riittävästi tarmoa arkipäivän elämäänne varten? (n=51)	1 (2)	3 (6)	11 (22)	20 (39)	16 (31)
	Erittäin huono	Huono	Ei hyvä eikä huono	Hyvä	Erittäin hyvä
Millainen on liikuntakykyenne? (n=51)	1 (2)	10 (20)	8 (16)	27 (53)	5 (10)
	Erittäin tyytymätön	Melko tyytymätön	Ei tyytyväinen eikä tyytymätön	Melko tyytyväinen	Erittäin tyytyväinen
Kuinka tyytyväinen olette unenne laatuun? (n=50)	4 (8)	3 (6)	12 (24)	21 (42)	10 (20)
Kuinka tyytyväinen olette kykyenne selviytyä päivittäisistä toimista? (n=49)	0 (0)	2 (4)	12 (25)	31 (63)	4 (8)
Kuinka tyytyväinen olette työkykyenne? (n=47)	1 (2)	8 (17)	14 (30)	21 (45)	3 (6)

Elämänlaadun elinympäristöön liittyvä ulottuvuus

Vastaajista lähes kolme neljäsosaa koki olonsa hyvin tai erittäin turvalliseksi päivittäisessä elämässään ja kolme neljäsosaa arvioi fyysisen ympäristönsä hyvin tai erittäin terveelliseksi

(taulukko 6). Noin puolella vastaajista oli mielestään tarpeeksi rahaa tarpeisiinsa nähden. Asuinalueensa olosuhteisiin tyytyväisiä oli yli neljä viidesosaa ja mahdollisuuksiinsa saada terveyspalveluja yli kolme neljäsosaa. Lisäksi kahdella kolmasosalla oli mielestään riittävästi mahdollisuuksia vapaa-ajan toimintaan.

Taulukko 4. Vuonna 1920 syntyneiden 95-vuotiaiden TUVÄ-tutkimuksen osallistuneiden elämänlaadun psyykinen ulottuvuus, n (%).

	Ei lainkaan	Vähän	Kohtuullisesti	Paljon	Erittäin paljon
Kuinka paljon nautitte elämästä? (n=54)	0 (0)	4 (8)	20 (37)	15 (28)	15 (28)
Missä määrin tunnette, että elämänne on merkityksellistä? (n=52)	1 (2)	12 (23)	28 (54)	10 (19)	1 (2)
	En lainkaan	Vähän	Kohtuullisesti	Hyvin	Erin-omaisesti
Kuinka hyvin pystytte keskittymään asioihin? (n=52)	0 (0)	4 (8)	24 (46)	24 (46)	0 (0)
	Ei lainkaan	Vähän	Kohtuullisesti	Lähes riittävästi	Täysin riittävästi
Oletteko tyytyväinen ulkomuotoon? (n=51)	6 (12)	5 (10)	19 (37)	8 (16)	13 (26)
	Erittäin tyytymätön	Melko tyytymätön	Ei tyytyväinen eikä tyytymätön	Melko tyytyväinen	Erittäin tyytyväinen
Kuinka tyytyväinen olette itseenne? (n=48)	0 (0)	4 (8)	13 (27)	28 (57)	3 (6)
	Ei koskaan	Harvoin	Melko usein	Hyvin usein	Aina
Kuinka usein Teillä on ollut sellaisia kielteisiä tuntemuksia, kuten alakuloisuus, epätoivo ahdistus tai masennus? (n=48)	6 (13)	35 (73)	4 (8)	3 (6)	0 (0)

Taulukko 5. Vuonna 1920 syntyneiden 95-vuotiaiden TUVÄ-tutkimuksen osallistuneiden elämänlaadun sosiaalinen ulottuvuus, n (%).

	Erittäin tyytymätön	Melko tyytymätön	Ei tyytyväinen eikä tyytymätön	Melko tyytyväinen	Erittäin tyytyväinen
Kuinka tyytyväinen olette ihmissuhteisiin? (n=48)	0 (0)	1 (2)	4 (8)	19 (40)	24 (50)
Kuinka tyytyväinen olette sukupuolielämään? (n=47)	3 (6)	1 (2)	29 (62)	4 (9)	10 (21)
Kuinka tyytyväinen olette ystävillemme saamaanne tukeen? (n=47)	2 (4)	2 (4)	15 (32)	20 (43)	8 (17)

Taulukko 6. Vuonna 1920 syntyneiden 95-vuotiaiden TUVA-tutkimuksen osallistuneiden elämänlaadun elin-
ympäristöolottuvuus, n (%).

	En lainkaan	Vähän	Kohtuullisen	Hyvin turvalliseksi	Erittäin turvalliseksi
Kuinka turvalliseksi tunnette olonne päivittäisessä elämässänne? (n=52)	0 (0)	2 (4)	13 (25)	28 (54)	9 (17)
	En lainkaan	Vähän	Kohtuullisen	Hyvin terveellisenä	Erittäin terveellisenä
Kuinka terveellisenä pidätte fyysistä ympäristöänne? (n=51)	0 (0)	1 (2)	12 (24)	30 (59)	8 (16)
	Ei lainkaan	Vähän	Kohtuullisesti	Lähes riittävästi	Täysin riittävästi
Onko Teillä tarpeeksi rahaa tarpeisiinne nähden? (n=51)	0 (0)	1 (2)	7 (14)	18 (35)	25 (49)
Saatteko tarpeeksi tietoa jokapäiväisen elämänne kannalta tärkeistä asioista? (n=51)	0 (0)	1 (2)	4 (8)	16 (31)	30 (59)
Missä määrin Teillä on mahdollisuuksia vapaa-ajan toimintaan? (n=50)	0 (0)	6 (12)	11 (22)	10 (20)	23 (46)
	Erittäin tyytymätön	Melko tyytymätön	Ei tyytyväinen eikä tyytymätön	Melko tyytyväinen	Erittäin tyytyväinen
Kuinka tyytyväinen olette asuinalueenne olosuhteisiin? (n=48)	0 (0)	1 (2)	7 (15)	26 (54)	14 (29)
Kuinka tyytyväinen olette mahdollisuuksiinne saada terveyspalveluja? (n=46)	0 (0)	5 (11)	6 (13)	27 (59)	8 (17)
	Erittäin tyytymätön	Melko tyytymätön	Ei tyytyväinen eikä tyytymätön	Melko tyytyväinen	Erittäin tyytyväinen
Kuinka tyytyväinen olette mahdollisuuksiinne käyttää julkisia ja/tai muita liikennevälineitä? (n=43)	0 (0)	4 (9)	14 (33)	13 (30)	12 (28)

Pohdinta

Tämän tutkimuksen tarkoituksena oli arvioida 95-vuotiaiden turkulaisten koettua elämänlaatua sekä tyytyväisyyttä elämänlaadun fyysiseen, psyykkiseen, sosiaaliseen ja elinympäristöön liittyvään ulottuvuuteen. Tulosten mukaan 52:sta tutkittavasta melkein kolme neljäsosaa (73 %) koki elämänlaatunsa hyväksi tai erittäin hyväksi ja oli melko tai erittäin tyytyväinen terveyteensä. Vastaajat kokivat elämänlaatunsa ulottuvuuksista parhaaksi elinympäristöön liittyvän ulottuvuuden (keskiarvopisteet 77,8) ja heikommaksi psyykkisen ulottuvuuden (60,9).

Suurin osa tutkimuksen 95-vuotiaista koki yleisen elämänlaatunsa hyväksi tai erittäin hyväksi, eikä yksikään vastaajista arvioinut elämänlaatuun erittäin huonoksi. Tulos on samansuuntainen kuin suomalaisen hyvinvointitutkimuksen (Vaarama ym. 2014) tulokset, joiden mukaan 80 vuotta täyttäneistä noin kolme viidestä koki yleisen elämänlaatunsa hyväksi tai erittäin hyväksi. Tutkimuksen tulokset näin ollen vahvistavat tietoa siitä, että ainakin osalla hyvin vanhoiksi elävistä elämänlaatu säilyy pääsääntöisesti hyvänä korkeaan ikään saakka (Vaarama ym. 2006; 2010).

Tutkimuksen 95-vuotiaista suurin osa oli myös melko tai erittäin tyytyväisiä terveyteensä, mikä on todettu myös aikaisemmissa tutkimuksissa (Goebeler 2009; Ng ym. 2017). Esimerkiksi Tervaskannot 90+ -tutkimuksessa havaittiin, että kotona asuvista 90-vuotiaista 78 prosenttia ilmoitti terveytensä hyväksi tai keskinkertaiseksi (Goebeler 2009). Yli 95-vuotiaista henkilöistä yli kuusi kymmenestä piti terveyttään keskivertona tai sitä parempana (Helminen ym. 2012). Myös suomalaisen hyvinvointitutkimuksen 80-vuotta täyttäneistä kolme viidestä oli melko tai erittäin tyytyväinen terveyteensä (Vaarama ym. 2014).

Hyväksi koetun terveyden on todettu kuvaavan hyvin ikääntyneiden kokonaisterveyden tilaa (Jylhä 2009; Ocampo 2010; Poon ym. 2010). Lisäksi oman terveytensä hyväksi kokeminen vahvistaa yleistä elämään tyytyväisyyttä

(Eloranta, Arve, Isoaho, Lehtonen & Viitanen 2015) sekä tukee ikäihmisten kotona selviytymistä (Brønnum-Hansen, Petersen, Jeune & Christensen 2009). Hyvin iäkkäiden ihmisten kohdalla monisairastavuus, erityisesti muistisairaus ja masennus, puolestaan heikentää kokemusta itsearvioidusta terveydestä (Halonen, Enroth, Jylhä & Tiainen 2017).

Kansallisen laatusuosituksen (STM 2017) mukaan väestön ikääntymisestä ja elinajanodotteen noususta seuraa, että yhteiskunnan on mukautettava laajasti entistä iäkkäämmän väestön tarpeisiin. Vanhetessa fyysisen toimintakyvyn heikkeneminen altistaa monet iäkkäät arjesta selviytymisen ja ympäristön esteille. Tämä saattaa kaventaa heidän elinpiiriään ja hankaloittaa heidän päivittäistä selviytymistään sekä liikkumista. (Rantakokko ym. 2016.) Tässä tutkimuksessa lähes kaksi kolmasosaa piti liikuntakykyään hyvänä tai jopa erittäin hyvänä. Lisäksi lähes kolme neljäsosaa 95-vuotiaista oli kuitenkin melko tai erittäin tyytyväisiä päivittäisistä toiminnoista suoriutumiseensa. Saattaa olla, että tutkittavat olivat mahdollisista esteistä huolimatta jatkaneet totuttujen päivittäisten askareittensa tekemistä edes jossakin määrin, mikä vaikutti heidän elämänlaatuunsa myönteisesti (Bowling 2005).

Tämän tutkimuksen vastaajat kokivat elämänlaatunsa ulottuvuuksista parhaaksi elinympäristöön liittyvän ulottuvuuden. Valtaosa (71 %) 95-vuotiaista koki olonsa hyvin tai erittäin turvallisesti päivittäisessä elämässään ja yli puolet koki, että heillä oli riittävästi mahdollisuuksia vapaa-ajan toimintaan. Turvallisista asuin- ja elinympäristöjä kehittämällä voidaan turvata muun muassa toimivia ratkaisuja tukemaan mahdollisuuksia lähiympäristössä asiointiin, mielekkääseen tekemiseen ja sosiaalisten suhteiden ylläpitoon. (STM 2017.) Tämän tutkimuksen tulosten perusteella näyttää siltä, että ainakin kaupunkiolosuhteissa edellä mainitut asuin- ja elinympäristöön liittyvät laatusuosituksen tavoitteet on melko hyvin saavutettu.

Elämänlaadun psyykinen ulottuvuus arvioitiin heikoimmaksi elämänlaadun ulottu-

vuudeksi. Tulos on linjassa aikaisempien tutkimusten tulosten kanssa (Vaarama ym. 2014; Cao ym. 2016). Neljäsosa 95-vuotiaista koki vähän tai ei lainkaan elämän merkityksellisyttä. Elämän merkityksellisyys on tärkeää kaikissa elämänvaiheissa. Saajanaho (2016) on havainnut, että elämän merkityksellisuuden ja mielekkyyden väheneminen saattaa korostua vanhuudessa, jolloin terveys ja toimintakyky usein myös heikkenevät. Heikentynyt toiminta- ja liikkumiskyky ja sitä kautta kaventuva elinpiiri näyttävät rajoittavan monien merkityksellisen elämän kannalta tärkeiden asioiden toteuttamista ja vaikuttavan elämänlaatuun heikentävästi (Rantakokko ym. 2016; Saajanaho 2016).

Elinpiirin kapeneminen voi vaikuttaa myös sosiaalisten suhteiden vähenemiseen ja siten heikentää elämänlaadun sosiaalista ulottuvuutta. Tässä tutkimuksessa suurin osa vastaajista oli melko tai erittäin tyytyväisiä ihmissuhteisiinsa ja yli puolet oli melko tai erittäin tyytyväisiä ystäviltään saamaansa tukeen. Tulos on rohkaiseva, sillä sosiaaliset suhteet ovat keskeisiä hyvän vanhenemisen ja elämänlaadun resursseja (Vaarama ym. 2014; Tuominen & Pirhonen 2019). On myöskin huomioitava, että tässä tutkimuksessa yli puolet vastaajista koki nauttivansa elämästä ja kaksi kolmasosaa koki elämänsä vähintään kohtuullisen merkitykselliseksi. Lisäksi vain harvat kokivat kielteisiä tunteita, kuten alakuloisuutta, epätoivoa, ahdistusta ja/tai masennusta. Tulos on tärkeä, sillä negatiiviset tunteet, kuten yksinäisyys, ahdistus ja masentuneisuus, ovat vanhusien yleisimmät psyykkistä hyvinvointia heikentävät tekijät. Elämänlaadun puolestaan ylläpitävät yksinäisyyden tunteen puuttuminen, kyky nauttia elämästä ja mielihyvän säilyminen. (Vaarama ym. 2014.)

Tutkimuksen luotettavuus

Tutkimuksessa arvioitiin hyvin iäkkäiden ihmisten kokemuksia elämänlaadusta

WHOQOL-BREF-mittarilla (WHOQOL Group 1998). Mittaria on käytetty Suomessa muun muassa väestötutkimuksissa ja vanhusväestön, mielenterveys- ja päihdepotilaiden elämänlaatututkimuksissa. Mittari todettu validiksi ja sen psykometriset ominaisuudet hyväiksi. (Skevington ym. 2004; Muurinen ym. 2006; Kalfoss, Low & Molzahn 2008; Vaarama ym. 2006; Vaarama ym. 2010, 2014.) Täytyy kuitenkin muistaa, että vanhoista vanhimpien tutkiminen on gerontologisessa tutkimuksessa vielä uusi haaste. Valitun elämänlaatumittarin käyttökokemukset näin iäkkäällä kohdejoukolle ovat vielä vähäisiä. Lisäksi mittarin kaikki kysymykset, esimerkiksi kysymys tyytyväisyydestä työkykyyn, eivät sovellu näin iäkkäiden kohdejoukon tutkimiseen.

Mittarin kysymysten muistijakso on kaksi viikkoa eli vastaajaa pyydettiin arvioimaan omaa elämänlaatuaan kyselyä edeltävän kahden viikon ajalta. Aineiston keruu suoritettiin haastattelemalla, vastaajan kognitio ja vireys-tila huomioiden. Kaikilta tutkittavilta ei kognitiivisten haasteiden tai vähäisten voimavarojen vuoksi saatu vastauksia kaikkiin mittarin kysymyksiin. Osa puuttuvista vastauksista oli mahdollista korvata mittarin käyttöohjeiden mukaisesti.

Tutkimusjoukko jäi pieneksi ja oli hyvin valikoitunut, mikä tulee huomioida yleistyksiä tehtäessä. 95-vuotiaista turkulaista 117 kutsuttiin tutkimukseen. Niistä kutsutuista, joilla olisi ollut mahdollisuus osallistua tutkimukseen (kymmentä ei tavoitettu tai oli menehtynyt ja yksi oli muuttanut pois), 55 prosenttia osallistui ja 49 prosenttia vastasi kysymyksiin elämänlaadusta. On selvää, että tutkimuksemme ulkopuolelle jäivät kaikkein sairaimmat ja heikkokuntoisimmat 95-vuotiaat.

Aikaisempien tutkimusten perusteella tiedetään, että vanhoista vanhimmat ovat taustaltaan, terveydeltään, toimintakyvyltään ja elämänlaadultaan hyvin heterogeeninen ryhmä. Myös sukupuolten välillä on suuria eroja. (Helminen ym. 2012; Jylhä 2020.) Siksi tutkimuksemme tuloksia ei voida yleistää kaikkiin

95-vuotiaisiin. Tuloksemme kuvaavat lähinnä sitä, millaiseksi parhaiten pärjäävät 95-vuotiaat kokevat elämänlaatunsa. Tutkimuksen vahvuutena voidaan pitää sitä, että vastaajina oli sekä kotona että laitoshoidossa asuvia 95-vuotiaita turkulaisia. Vanhoista vanhimpia on kaiken kaikkiaan tutkittu vielä hyvin vähän. Heidän käsityksensä ja kokemuksensa elämänlaadusta ovat tärkeää tietoa vanhuspalvelujen suunnittelijoille ja kehittäjille.

Haastattelulla kerätty kyselyaineisto on sosiaalinen vuorovaikutustilanne, jossa haastateltavalta kysytään mielipiteitä tutkimuksen kohteesta, ja johon haastateltava vastaa puhutussa muodossa (Kylmä & Juvakka 2012). Haastateltavat kertoivat kokemuksistaan ja näkemyksistään mielellään haastattelijalle. Haastattelutilannetta ohjasi strukturoitu kyselylomake, mutta tästä huolimatta keskustelu polveili myös asioihin, joita kyselylomakkeissa ei kysytty. Osalla haastateltavista oli tekijöitä, kuten heikko kunto, kognitio tai heikentynyt kuulo, jotka otettiin huomioon haastattelua suoritettaessa. Haastatteluiden tauottamisella, ajan antamisella ja kysymysten toistamisella sekä äänen korottamisella valtaosassa tilanteista selvitettiin. Osalla haastateltavista oli omainen mukana tutkimustilanteessa. Osa heistä halusi kertoa omista kokemuksistaan ja vastata tutkittavan puolesta. Näissä tilanteissa haastattelija joutui ohjaamaan keskustelua takaisin aiheeseen ja korostamaan tutkittavan subjektiivisen vastauksen tärkeyttä.

Kirjallisuus

Andersson, L., Marcusson, J. & Wressle, E. (2013). Health-related quality of life and activities of daily living in 85-year-olds in Sweden. *Health and Social Care in the Community*, 22 (4), 368–374.

Bilotta, C., Bowling, A., Nicolini, P., Casé, A., Pina, G., Rossi, S.V. & Vergani, C. (2011). Older People's Quality of Life (OPQOL) scores and adverse health outcomes at a one-year follow-up. A prospective cohort study on older outpatients

Johtopäätökset

Suurin osa tutkimukseen osallistuneista 95-vuotiaista piti elämänlaatuaan hyvänä tai erittäin hyvänä ja oli terveyteensä tyytyväisiä. Vastaajat kokivat elämänlaatunsa ulottuvuuksista parhaimmaksi elinympäristöön liittyvän ulottuvuuden ja heikommaksi psyykkisen ulottuvuuden. Vaikka psyykinen ulottuvuus arvioitiin heikoimmaksi, vastaajista yli puolet koki nauttivansa elämästä ja kaksi kolmasosaa koki elämänsä vähintään kohtuullisen merkitykselliseksi. Havainnot ovat tärkeitä. Tämän tutkimuksen tulokset vahvistavat tietoa siitä, että parhaiten pärjäävällä osalla hyvin iäkkäistä elämänlaatu säilyy pääsääntöisesti hyvänä korkeaan ikään saakka. On tärkeää kuitenkin muistaa, etteivät kaikki pääse kokemaan hyvää vanhenemista. Mitä enemmän iäkkään elämänlaadun ulottuvuuksilla on puutteita, sitä enemmän hän tarvitsee muiden ja ympäristön tukea selviytyäkseen elämässään.

Ikäihmistien tarpeenmukaisten palveluiden suunnitteluun tarvitaan tulevaisuudessa kaiken kaikkiaan lisää tutkimusta siitä, miten hyvin vanhoiksi elävät ihmiset itse määrittelevät vanhenemistaan, elämänlaatuaan ja hyvinvointiaan.

Yhteydenotto

Sini Eloranta, TtT, dosentti

Turun ammattikorkeakoulu ja Turun yliopisto
sinelo@utu.fi



living in the community in Italy. *Health and Quality of Life Outcomes*, 9 (72), 1–9.

Bowling, A. (2005). *Ageing well: Quality of life in old age*. Berkshire: Open University Press.

Bowling, A. (2007). Quality of life in older age: What the old people say. Teoksessa Mollenkopf, H. & Walker, A. (toim.): *Quality of life in old age. International and multi-disciplinary perspectives* (s. 15–30). New York: Springer.

- Brønnum-Hanssen, H., Petersen, I., Jeune, B. & Christensen, K. (2009). Lifetime according to health status among oldest old in Denmark. *Age and Ageing*, 38 (1), 47–51.
- Buono, M., Urciuoli, O. & De Leo, D. (1998). Quality of life and longevity: a study of centenarians. *Age and Ageing*, 27, 207–216.
- Cao, W., Guo, C., Ping, W., Tan, Z., Guo, Y. & Zheng, J. (2016). A Community-Based Study of Quality of Life and Depression among Older Adults. *International Journal of Environmental research and Public Health*, 13 (7), 1–15.
- Eloranta, S., Arve, S., Isoaho, H., Lehtonen, A. & Viitanen, M. (2015). Loneliness of older people aged 70: a comparison of two Finnish cohorts born 20 years apart. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 61, 254–260.
- Fagerström, C. & Borglin, G. (2010). Mobility, functional ability and health-related quality of life among people of 60 years or older. *Aging Clinical and Experimental Research*, 22, 387–394.
- Fusco, O., Ferrini, A., Santoro, M., Lo Monaco, M-R., Gambassi, G. & Cesari, M. (2012). Physical function and perceived quality of life in older persons. *Aging Clinical and Experimental Research*, 24 (1), 68–73.
- Gobbens, R. & Remmen, R. (2019). The effects of sociodemographic factors on quality of life among people aged 50 years or older are not unequivocal: comparing SF-12, WHOQOL-BREF, and WHOQOL-OLD. *Clinical Interventions in Aging*, 14, 231–239.
- Goebeler, S. (2009). *Health and Illness at the Age of 90*. Acta Universitatis Tampensis 1484. Tampere University Press.
- Halonen, P., Enroth, L., Jylhä, M., & Tiainen, K. (2017). Pitkäikäisä sairaudet ja monisairastavuus hyvin vanhoilla sekä niiden yhteys toimintakykyyn ja itse arvioituun terveyteen – Tervaskannot 90+ -tutkimus. *Gerontologia*, 31(4), 265–277.
- Helminen, S., Sarkela, T., Enroth, L., Hervonen, A. & Jylhä, M. (2012). Vanhoista vanhimprien terveys ja elämäntilanne – tuloksia vuoden 2010 Tervaskannot 90+ -tutkimuksesta. *Gerontologia*, 23 (3), 162–171.
- Henriksson, R., Salminen, M., Arve, S., Viitanen, M. & Eloranta, S. (2017). Koettu terveys, elintavat ja fyysinen toimintakyky – vuosina 1920 ja 1940 syntyneiden kohorttien vertailu. *Gerontologia*, 31 (4), 253–264.
- Jylhä, M., Vuorisalmi, M., Luukkaala, T., Sarkeala, T. & Hervonen, A. (2009). Elinikä pitenee nopeammin kuin toimintakyky paranee. 90-vuotiaiden ja sitä vanhempien toimintakyvyn muutokset vuosina 1996–2007. *Suomen Lääkärilehti*, 64, 2285–2290.
- Jylhä, M. (2020). New ages of life-emergence of the oldest-old. Teoksessa Rattan, S., Barbagallo, M. & Le Bourg, É. (toim.) *Encyclopedia of Biomedical Gerontology 1* (s. 479–488). Amsterdam: Elsevier.
- Kalfoss, M. H., Low, G. & Molzahn, A. E. (2008). The suitability of the WHOQOLBREF for Canadian and Norwegian older adults. *European Journal of Ageing*, 5, 77–89.
- Kylmä, J. & Juvakka, T. (2012). *Laadullinen terveys-tutkimus*. Helsinki: Edita.
- Layte, R., Sexton, E. & Savva, G. (2013). Quality of life in older age: evidence from an Irish cohort study. *Journal of American Geriatric Society*, 61 (Suppl 2), S299–S305.
- Low, G., Molzahn, A. & Schopflicher, D. (2013). Attitudes to aging mediate the relationship between older peoples' subjective health and quality of life in 20 countries. *Health and Quality of Life Outcomes*, 11, 146.
- Lehtonen, A. & Tilvis, R. (1994). *Turun vanhustutkimus. Turkulaisten 70-vuotiaiden terveydentila, toimintakyky ja terveyspalvelujen tarve*. Turun kaupungin terveydenhuollon julkaisuja n:o 10. Turku: Turun kaupunki.
- Muurinen, S., Vaarama, M., Haapaniemi, H., Mukkila, S., Hertto, P. & Luoma, M. L. (2006). Vanhainkotiasiakkaiden elämänlaatu, hoidon laatu ja hoidon kohdennustehokkuus. Tutkimuksia 2006: 2. Care Keys -projekti/ Helsinki-tiimi. Helsinki: Helsingin kaupungin sosiaalivirasto.
- Ng, S.T., Tey, N. P. & Asadullah, M. N. (2017). What matters for life satisfaction among the oldest-old? Evidence from China. *PLoS ONE*, 12 (2), e0171799. doi:10.1371/journal.pone.0171799.
- Ocampo, J. M. (2010). Self-rated health: Importance of use in elderly adults. *Colombia Medicine*, 41, 275–289.
- Poon, L.W., Martin, P., Bishop, A. J. & Cho, J. (2010). Understanding centenarians' psychosocial dynamics and their contributions to health and quality of life. *Current Gerontology and Geriatrics Research*, doi:10.1155/2010/680657.
- Saajanaho, M. (2016). Tavoitteista mielekkyyttä vanhuuteen. *Jyväskylä Studies in Sport, Physical*

- Education and Health, 234. Jyväskylä: University of Jyväskylä.
- Rantakokko, M., Portegijs, E., Viljanen, A., Iwarsson, S., Kauppinen, M. & Rantanen, T. (2016). Changes in life-space mobility and quality of life among community-dwelling older people: a 2-year follow-up study. *Quality of Life Research*, 25 (5), 1189–1197.
- Skevington, S. M., Lotfy, M. & O’Connell, K. A. (2004) WHOQOL Group. The World Health Organization’s WHOQOL-BREF quality of life assessment: psychometric properties and results of the international field trial. A report from the WHOQOL group. *Quality of Life Research*, 13, 299–310.
- Sosiaali- ja terveysministeriö (STM). (2017). Laatusuositus hyvän ikääntymisen turvaamiseksi ja palvelujen parantamiseksi vuosille 2017–2019. Haettu 8.3.2010 osoitteesta: http://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/80132/06_2017_Laatusuositus-julkaisu_fi_kansilla.pdf.
- The WHOQOL Group. (1998). Development of the World Health Organization WHOQOL BREF quality of life assessment. *Psychological Medicine*, 28, 551–558.
- Tilastokeskus. (2019). *Elinajanodote*. Haettu 8.3.2020 osoitteesta: <https://findikaattori.fi/fi/46>.
- Torelli, S., Campa, F., Spiga, F., Grigoletto, A., Simonelli, I. & Gualdi-Russo, E. (2019). The association between body composition and quality of life among elderly Italians. *Endocrine*, doi: 10.1007/s12020-019-02174-7. [Epub ahead of print].
- Tuominen, K. & Pirhonen, J. (2019). ”Who would take a 90-year-old?” Community-dwelling nonagenarians’ perceptions of social relationships. *International Journal of Ageing and Later Life*, 13 (1), 111–137.
- Upmeier, E., Vire, J., Korhonen, M. J., Isoaho, H., Lehtonen, A., Arve, S., Wuorela, M. & Viitanen, M. (2016). Cardiovascular risk profile and use of statins at the age of 70 years: a comparison of two Finnish birth cohorts born 20 years apart. *Age and Ageing*, 45 (1), 84–90.
- Vaarama, M., Luoma, M-L. & Ylönen, L. (2006). Ikääntyneiden toimintakyky, palvelut ja koettu elämänlaatu. Teoksessa Kautto, M. (toim.) *Suomalaisten hyvinvointi* (s. 104–132). Helsinki: Stakes.
- Vaarama, M., Siljander, E., Luoma, M-L. & Meriläinen, S. (2010). 80 vuotta täyttäneiden koettu elämänlaatu. Teoksessa Vaarama, M., Moisio, P. & Karvonen, S. (toim.), *Suomalaisten hyvinvointi* (s. 150–167). Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.
- Vaarama, M., Mukkila, S. & Hannikainen-Ingman, K. (2014). 80 vuotta täyttäneiden elämänlaatu ja elinolot. Teoksessa Vaarama, M., Karvonen, S., Kestilä, L. & Moisio, P. & Muuri, A. (toim.), *Suomalaisten hyvinvointi* (s. 40–61). Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.
- Walker, A. & Mollenkopf, H. (2007). International and multidisciplinary perspectives on quality of life in old age: Conceptual issues. Teoksessa Mollenkopf, H. & Walker, A. (toim.): *Quality of life in old age. International and multi-disciplinary issues* (s. 3–13). New York, NY: Springer.
- Wong, W. P., Lau, H. B., Kwok, C. N., Leung Y-M. A., Chan M. Y., Chan W. M. & Cheung S. L. (2014). The well-being of community-dwelling near-centenarians and centenarians in Hong Kong. A qualitative study. *BMC Geriatrics*, 14, 63. <https://doi.org/10.1186/1471-2318-14-63>.
- World Health Organisation (WHO). (2019). World Health Statistics 2019: Monitoring health for the SDGs, 2019. Haettu 8.3.2020 osoitteesta: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/324835/9789241565707-eng.pdf>.
- Xie, J. F., Ding, S. Q., Zhong, Z. Q., Zeng, S. N., Hu J. H. & Zhou, J. D. (2014). Mental health is the most important factor influencing quality of life in elderly left behind when families migrate out of rural China. *Review Latin America Enfermagem*, 22, 364–370.