



TAMPEREEN
AMMATTIKORKEAKOULU

Masentuneen ikäihmisen psyykkisen hyvinvoinnin tukeminen kotihoidossa

Niina Manninen

Opinnäytetyö
Huhtikuu 2017
Sairaanhoitajakoulutus



TIIVISTELMÄ

Tampereen ammattikorkeakoulu
Hoitotyön koulutusohjelma
Sairaanhoitajakoulutus

MANINEN NIINA:

Masentuneen ikäihmisen psyykkisen hyvinvoinnin tukeminen kotihoidossa
Kirjallisuuskatsaus

Opinnäytetyö 37 sivua, joista liitteitä 4 sivua
Huhtikuu 2017

Tässä opinnäytetyössä käsiteltiin masentuneen ikäihmisen kohtaamista sekä masentuneen ikäihmisen psyykkisen hyvinvoinnin turvaamista kotihoidossa. Opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää kirjallisuuskatsauksen avulla, millainen on masentunut ikäihminen, miten masennus näkyy ikäihmisen päivittäisessä elämässä ja miten psyykkinen hyvinvointi voidaan turvata kotihoidossa.

Tavoitteena oli tuoda teoriaan perustuvaa tietoa kotihoidon hoitajille masennuksen tunnistamisesta ja psyykkisen hyvinvoinnin turvaamisesta ikäihmisillä sekä kertoa millaisia apukeinoja siihen on olemassa. Teoreettisen lähtökohdan muodostui masentuneesta ikäihmisestä, kohtaamisesta ja kotihoidosta.

Opinnäytetyö toteutettiin kuvailevalla kirjallisuuskatsauksella, jossa käytettiin neljää tieteellistä tutkimusta sekä kahdeksaa muuta kirjallisuuslähdettä. Opinnäytetyön tulosten mukaan hyvä kohtaaminen ja ikäihmisen psyykkisen hyvinvoinnin tukeminen muodostuu luottamussuhteesta hoitajan ja ikäihmisen välillä, sekä masennuksen oireiden tunnistamiseen ja niiden arvioimiseen.

Opinnäytetyöstä nousi esiin ikäihmisten masennuksen heikko diagnosointi, sekä psyykkisen hyvinvoinnin tukemisen puutteellisuus. Jatkotutkimusaiheena kotihoidon hoitajille voisi tehdä haastattelututkimuksen heidän kokemuksistaan masentuneen ikäihmisen tunnistamisesta ja hoidosta.

Avainsanat: ikäihminen, kotihoito, masennus, kohtaaminen

ABSTRACT

Tampereen ammattikorkeakoulu
Tampere University of Applied Sciences
Degree Programme in Nursing and Health Care
Option of Nursing

MANNINEN NIINA:

How to support depressed elderly people's mental health in homecare
Literature Review

Bachelor's thesis 37 pages, appendices 4 pages
April 2017

This study focuses on how to encounter elderly people and how to support mental well-being in elderly people's life in homecare. The purpose of this study was to find out what kind are depressed elderly people, how depression is shown at elderly people's life and how to support mental health in homecare. The approach used in this study was literature review.

The aim of the thesis was to bring out information to nurses who are working in homecare based on theory how to recognise depression, support mental health and which are the resources for that. The theoretical strating points were depressed elderly people, encountering and homcare.

This thesis was conducted using descriptive literature review, which was used four scientific examinations and eight other literature sources. The main findings of this study was that good encountering and mental health is based on trustworthy contact between nurse and elderly people, recognising the sypmtoms of depression and knowing how to estimate those symptoms.

Weak diagnosing of elderly people's depression and supporting mental health come up in this thesis. Further study to nurses in homecare were to find out their experiences elderly peoples recognizing and care by interview.

Key words: Elderly people, homecare, depression, encountering

SISÄLLYS

1	JOHDANTO.....	5
2	TARKOITUS, TEHTÄVÄT JA TAVOITE	6
3	TEOREETTISET LÄHTÖKOHDAT	7
3.1	KOTIHOITO	8
3.1.1	Tampereen kaupungin kotihoito	8
3.1.2	Tampereen kaupungin kotihoidon tukipalvelut	9
3.1.3	Kotihoidon asiakkaiden tarpeiden ja voimavarojen arviointi	11
3.2	POTILAAN KOHTAAMINEN	13
3.3	MASENNUS	14
3.3.1	Masennuksen asteet ja hoito	15
3.3.2	Ikäihmisen masennuksen lääkehoidon periaatteet	16
4	MENETELMÄLLISET LÄHTÖKOHDAT	18
4.1	Sisällönanalyysi	20
4.2	Tutkimusmenetelmänä kuvaileva kirjallisuuskatsaus.....	21
5	TULOKSET	22
5.1	Masentunut ikäihminen.....	22
5.1.1	Ikäihmisen masennuksen tunnistaminen.....	23
5.1.2	Mieliala-asteikot masennuksen tunnistamisen apuna	24
5.2	Miten masennus näkyy ikäihmisen päivittäisessä elämässä	26
5.3	Ikäihmisen psyykkisen hyvinvoinnin tukeminen kotihoidossa	26
6	POHDINTA.....	28
6.1	Eettisyys ja luotettavuus	28
6.2	Tulosten tarkastelu	29
6.3	Jatkotutkimusaiheet ja kehittämisehdotukset.....	30
	LÄHTEET.....	31
	LIITTEET	34

1 JOHDANTO

Psyykinen hyvinvointi on tärkeä osa ikäihmisen kokemaa elämänlaatua ja se vaikuttaa oleellisesti vanhenemisprosessin onnistumiseen (Kuokka 2014). On tutkittu, että iäkkäistä kotona asuvista ihmisistä masennusta sairastaa 2,5-5% ja lisäksi 15-20% kärsii lievemmistä mielialaoireista. Masennusta voidaankin pitää vanhuusiän yleisimpänä mielenterveyshäiriönä. (Koponen ym. 2010, 159)

Jokainen ihminen kokee joskus yksinäisyyttä ja yksinäisyyden tunteet ovat iäkkäillä ihmisillä varsin yleisiä. Masennus voi näkyä ikäihmisillä toimintakyvttömyytenä ja haluttomuutena hoitaa päivittäisiä asioita. (Kivelä 2009, 46-47.) Jotta ikäihmisen masennus havaittaisiin olisi tärkeää, että hoitohenkilökunnalla on tarpeeksi ammattitaitoa havaita ja tunnistaa masennuksen varhaisiakin oireita ennen varsinaisia toimintakyvyn muutoksia (Kivelä 2009, 89-91).

Tässä opinnäytetyössä tuodaan esiin masennuksen oireiden laaja kirjo ikäihmisillä sekä masennuksen tunnistamiseen tarkoitettuja keinoja hoitajan ja ikäihmisen kohtaamiseen ja arviointiin. Masennuksen arviointiin tuodaan tässä opinnäytetyössä esiin kolme erilaista ikäihmisille sopivaa arviointi asteikkoa, joita voidaan hyödyntää kotiooloissa. Opinnäytetyö on rajattu koskemaan yli 75-vuotiaita kotona asuvia ihmisiä ja heistä käytetään tässä työssä nimeä ikäihminen. Opinnäytetyössä käsitellään mielensairauksista masennusta. Muut psykiatriset sairaudet ja päihteiden käyttö on rajattu työn ulkopuolelle.

Opinnäytetyöllä on yhteistyökumppanina Tampereen kaupunki ja kirjallisuuskatsaus toteutetaan heidän käyttöönsä. Aihe valikoitui oman kotihoidon kokemuksen kautta. Tästä opinnäytetyöstä saadun tiedon avulla voidaan kehittää kotihoidon hoitajien valmiuksia masentuneen ikäihmisen kohtaamiseen ja masennuksen tunnistamiseen kotona.

2 TARKOITUS, TEHTÄVÄT JA TAVOITE

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli kartoittaa tämän hetkinen tutkittu tieto masennuksesta ikäihmisillä ja miten tukea masentuneen ikäihmisen psyykkistä hyvinvointia kotihoidossa.

Kirjallisuuskatsauksen ohjaavat kysymykset:

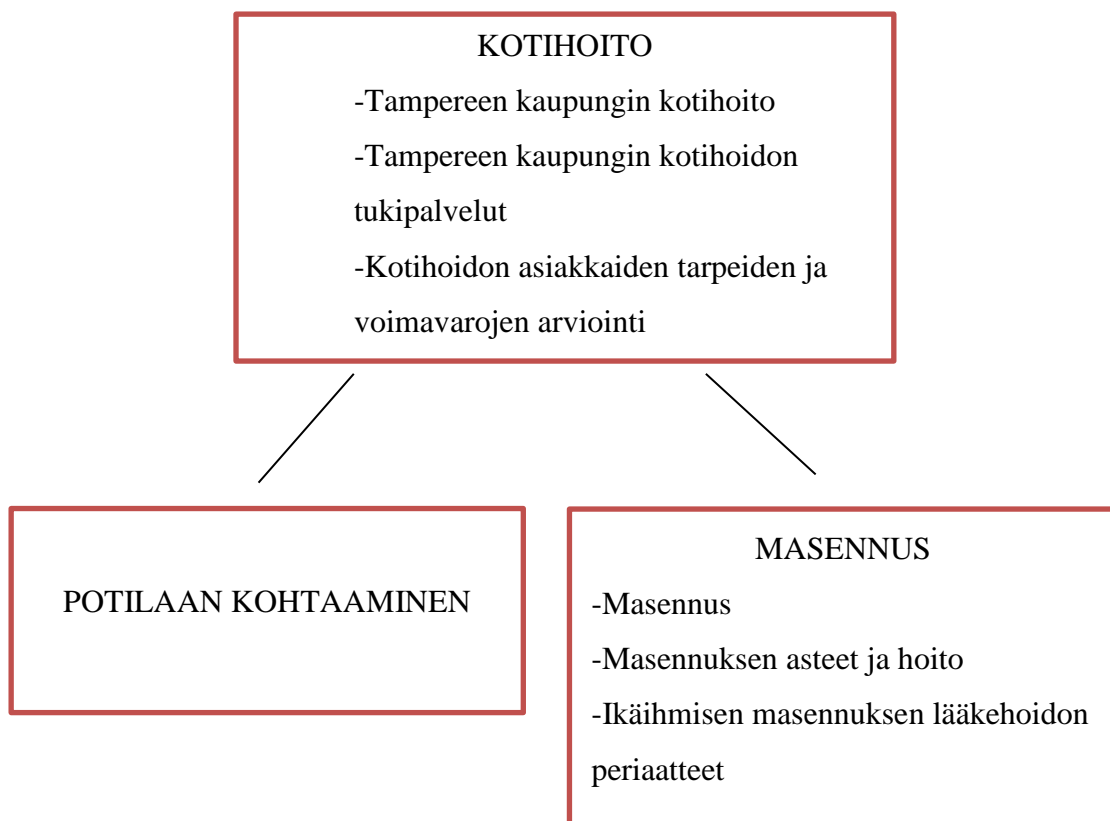
1. Millainen on masentunut ikäihminen?
2. Miten masennus näkyy ikäihmisen päivittäisessä elämässä?
3. Miten tukea masentuneen ikäihmisen psyykkistä hyvinvointia kotihoidossa?

Tavoitteena on edistää kotihoidon hoitajien kykyä tunnistaa masennus ja tukea masentuneen ikäihmisen psyykkistä hyvinvointia.

3 TEOREETTISET LÄHTÖKOHDAT

Tämän työn keskeiset käsitteet ovat kotihoito, potilaan kohtaaminen ja masennus. Ne esitetään alla kuviossa 1.

Kuvio 1. Opinnäytetyön keskeiset käsitteet



KUVIO 1. esittää opinnäytetyön keskeisiä käsitteitä. Käsitteet on avattu alla tekstissä.

3.1 KOTIHOITO

Kotihoidon ja kotihoidonpalvelujen ohjauksesta, yleisestä suunnittelusta ja lainsäädännön valmistelusta vastaa sosiaali- ja terveysministeriö. Kotihoidolla tarkoitetaan kotiin annettavien palvelujen kokonaisuutta, joilla pyritään turvaamaan ja tukemaan kotona selviytymistä mahdollisimman pitkään. Kotihoitoa voivat saada ikäihmiset, vammaiset ja sairaat, tai henkilöt joiden toimintakyky on alentunut. Kotihoidon sisällöstä on säädetty sosiaalihuoltolaissa ja –sosiaalihuoltoasetuksessa sekä terveydenhuoltolaissa. Kotihoidon järjestelmiä ohjaavat sosiaalihuoltolain 20 §, sosiaalihuoltoasetuksen 9 § ja terveydenhuoltolain 25 §. (Finlex: Sosiaalihuoltolaki 17.9.1982/710; Finlex: Terveydenhuoltolaki 30.12.2010/1326; Finlex: Sosiaalihuoltoasetus 29.6.1983/607.)

Kotihoidon tarkoituksena on tukea ja auttaa asiakasta arkipäivän askareissa ja henkilökohtaisissa toiminnoissa. Kotihoidon työntekijät seuraavat asiakkaan vointia, tekevät hoidollisia toimenpiteitä ja neuvovat palveluihin liittyvissä asioissa. Hoidon toteuttamista seurataan ja palvelun tarpeen muutoksiin reagoidaan tarvittaessa. Kotihoidon hinta määräytyy aina avuntarpeen mukaan. Kotihoidon asiakkaalla voi olla joko tilapäistä tai jatkuvaa avuntarvetta saatavilla. Kotihoidon laatu perustuu asiakkaan toimintakyvyn arviointiin. Toimintakyvyn arvioinnin perusteella laaditaan henkilökohtainen palvelu- ja hoitosuunnitelma yhdessä kunnan ja palvelun käyttäjän kanssa. Kotihoidon toteuttamista ja kehittämistä valvoo ja tilastoi Terveiden ja hyvinvoinninlaitos sekä Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontavirasto. (Finlex: Terveydenhuoltolaki 1326/2010.)

3.1.1 Tampereen kaupungin kotihoito

Tampereen kaupunki tarjoaa kotihoidon palveluja kaikille yli 18-vuotiaille tamperelaisille jotka sairauden, alentuneen toimintakyvyn tai jonkin muun syyn vuoksi tarvitsevat apua kotiin. Kotihoito auttaa asiakasta päivittäisistä toiminnoista selviytymiseen keskitetyen henkilökohtaiseen hoitoon ja hoivaan. (Tampereen kaupunki 2016b.)

Kotihoidon palveluja haetaan ottamalla yhteyttä kotitoriin tai asiakasohjaajaan. Oman alueen asiakasohjaajan saa selville kotiosoitteen perusteella. Asiakkaan on myös mahdollista hakea palvelutalon kotihoitoa. Palvelutalon kotihoito sopii varsinkin niille iäk-

käille ihmisille joiden asuminen siviilikodissa ei onnistu, tai ei hoidon kannalta ole taroituksenmukaista. Esimerkkinä ympärivuorokautinen hoito, mutta ei ryhmäkoti-asumista. Palvelutalon kotihoito mahdollistaa ympärivuorokautisen avun joka lisää turvallisuuden tunnetta. Kotihoidon kriteerien avulla kotihoidon palveluja kohdennetaan henkilöille jotka tarvitsevat eniten tukea kotona selviytymisessä. Jos palveluntarve ei vastaa kriteerejä, asiakkaalle ei voida tarjota kotihoidon palveluja hänen toivomaansa määrää. (Tampereen kaupunki 2016b.)

3.1.2 Tampereen kaupungin kotihoidon tukipalvelut

Kotihoidon tukipalveluilla on tarkoitus täydentää kotihoidon antamaa henkilökohtaista huolenpitoa. Usein juuri tukipalvelut ovat ensimmäisiä palveluita joita asiakas tarvitsee tukemaan itsenäistä asumista. Tampereen kaupungin tarjoamia tukipalveluja ovat muun muassa ateriapalvelu, siivouspalvelu, vaatehuolto, kauppa- ja muut asiointipalvelut, sosiaalista kanssakäymistä edistävät palvelut kuten päiväkeskukset sekä kuljetus- ja saattajapalvelut. Tukipalveluja on mahdollista saada kunnan kotihoidon, vanhus- tai vammaispalvelujen kautta. Myös yksityiset palveluntuottajat tarjoavat tukipalveluita joita asiakkaan on mahdollista itse ostaa. (Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriö.)

Tampereen kaupungin alueella on myös psykiatrista apua tarvitsevien ikäihmisen mahdollista saada apua kotiin liikkuvan psykiatrisen työryhmän avulla. Liikkuvan psykiatrisen työryhmän LIPSY:n tavoitteena on tarjota asiantuntija-arviota sekä järjestää hoitotaapaamia kotiin, kun kyseessä on vakava psykiatrisen sairauden pahenemisvaihe tai tavoitteena psykiatrisen hoidon jatkuvuus ja sosiaalinen selviytyminen. Työryhmässä toimii kolme psykiatrian erikoislääkärinä, sairaanhoitajia, mielenterveyshoitajia sekä sosiaalityöntekijä. Hoitoon tarvitaan lähete ja hoito toteutetaan kotikäynteinä. Hoidon pituus vaihtelee tarpeen mukaan. (Tampereen kaupunki 2016c.)

Tampereen kaupungin alueella on myös vuodesta 2014 alkanut idän ja vuodesta 2015 etelän, sekä 2016 ostopalveluna lännen palvelualueella kotihoidon lääkäritoiminta ajanvarausperiaatteella. Toimintamallissa runsaasti kotihoidon palveluja käyttävien ikäihmisten omalääkäritoiminta keskitetään kotihoidon lääkärille, jonka työparina toimii kotihoidon terveydenhoitaja/sairaanhoitaja. Kotihoidon lääkäreiden toimenkuva muodos-

tuu jo ennalta suunnitelluista kotikäynneistä sekä äkillisistä kotikäynneistä ja konsultatioista. Palvelut ovat maksuttomia, pois lukien mahdolliset geriatrian poliklinikalla tehdyt toimenpiteet. Palvelusta voi kieltäytyä ja jatkaa normaalisti terveysaseman asiakkaana. (Tampereen kaupunki 2016b.)

Tampereen kaupungin kotihoidon asiakkailta on myös mahdollisuus saada gerontologisen avososaalityön palveluita. Palvelut ovat tarkoitettuja ikäihmisille sosiaalisen ja taloudellisen selviytymisen liittyvissä asioissa, kun fyysinen tai psyykinen sairaus sen muuten estää. Gerontologisessa avososaalityössä eli ikäihmisille suunnatussa avososaalityössä toimii sosiaalityöntekijä-sosiaaliohjaaja työparit, jotka ohjaavat ja tukevat esimerkiksi toimeentuloon, asumiseen ja päihteisiin liittyvissä asioissa ja ongelmatilanteissa. Työmuotona ensisijaisesti kotikäynnit sekä puhelinneuvonta, eikä erillistä lähetettä tarvita. Gerontologinen avososaalityö tekee yhteistyötä kotihoidon, kotikuntoutuksen ja kotikatkon kanssa. (Tampereen kaupunki 2016a.)

Tampereen kaupunki tarjoaa myös kotikuntoutus mahdollisuuden niille, joiden toimintakyky on heikentynyt. Kotikuntoutusta on tarjolla tamperelaisille sekä oriveteläisille yli 65-vuotiaille. Kuntoutusta on mahdollista saada viikoista kolmeen kuukauteen ja se suunnitellaan yksilöllisesti ikäihmisen voimavarat ja toiveet huomioon ottaen ja voidaan toteuttaa fysioterapiana, toimintaterapiana tai kuntouttavana harrastetoimintana. Toiminta on maksullista ja kuntoutus toimii osana geriatrian poliklinikan palveluita. Kotona on mahdollista saada myös psykogeriatrista kotikuntoutusta. Psykogeriatrinen kotikuntoutus sopii esimerkiksi muistisairauden aiheuttamien haasteellisten käytösoireiden tai mielenterveysongelmien tuomien turvattomuuden tunteiden haasteisiin. (Tampereen kaupunki 2016b.)

Sosiaalisten kontaktien tukemiseen ja ikäihmisen mielekkään tekemisen turvaksi on Tampereen kaupungilla viisi päiväkeskuspalvelua jotka tarjoavat virkistystä, erilaista toimintaa ja sosiaalisia kontakteja kotona asuville tukea tarvitseville ikäihmisille. Palvelu toimii arkisin ja palvelubussi hakee asiakkaan kotoa aamuisin sekä tuo takaisin kotiin iltapäivisin. Päiväkeskuksessa on mahdollista ruokailla, peseytyä, sekä käydä sosiaalista kanssakäymistä muiden ikäihmisten ja henkilökunnan kesken. Myös ulkoilu ja erilaiset viriketoiminnat tapahtuvat sovitusti päiväkeskuksissa. Päiväkeskukseen hakeudutaan kotihoidon tai asiakasohjaajan kautta. (Tampereen kaupunki 2016b.)

3.1.3 Kotihoidon asiakkaiden tarpeiden ja voimavarojen arviointi

Tampereen kaupungin väestön keski-ään noustessa on ympärivuorokautisen hoidon tarvitsijoita enemmän kuin aiempina vuosina. Kotihoidon palveluita on siis jo väestön ikääntyneisyyden vuoksi tarvinnut parantaa ja monipuolistaa. Peruskotihoitoon kuuluu asiakas, joka tarvitsee alle 60 tuntia kotihoitoa kuukaudessa ja tehostettuun kotihoitoon asiakas joka tarvitsee yli 60 tuntia kotihoidon palveluita kuukaudessa. Tuntimäärät eivät kuitenkaan kerro asiakkaan hoitoisuutta, vaan palvelukokonaisuus on suunniteltava vastaamaan yksilöllisiä tarpeita. (Andreasen ym. 2014.)

Heinäkuussa 2013 astuneen lain ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta, sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveystalveluista (980/2012) mukaan tavoitteena on taata iäkkäälle ihmiselle hyvä hoito ja huolenpito (Andreasen ym. 2014). Näiden tarpeiden arviointiin on kehitetty RAI-järjestelmä, joka on standardoitu ja luotettavaksi osoitettu asiakkaiden tarpeiden ja voimavarojen arviointijärjestelmä. RAI on jaettu moneen eri kokonaisuuteen ja kaikille kokonaisuuksille on oma tarkoituksensa. (Terveysten- ja hyvinvoinninlaitos 2016.) Ikäihmistien toimintakykyä tulee arvioida hoitotilanteissa, mutta on myös tarpeen käyttää siihen suunniteltua toimintakykymittaria. RAI mittaa ikäihmistien hoidon suunnittelua ja seurantaa sekä mahdollistaa hoidon vaikuttavuuden ja laadun arvioinnin. (Rysti 2016.) RAI-järjestelmän oikeudet omistaa kansainvälinen tutkijaverkosto inter-RAI joka myös ylläpitää järjestelmää. Suomessa RAI-välineiden versiota valvoo THL. (Terveysten- ja hyvinvoinninlaitos 2016.)

Kotihoidon, tehostetun palveluasumisen ja laitoshoidon kustannusten vertailu sekä toiminnan seuraaminen, on entistä tärkeämpää. Tähän on kehitetty RUG-III/18-luokitus jonka avulla voidaan selittää asiakkaiden voimavaratarpeiden muutoksia mahdollisimman kattavasti palvelutyypistä ja RAI-arviointivälineestä riippumatta, koko asiakkaan hoitoketjun ajan. (Andreasen ym. 2014.)

RUG-luokitus on järjestelmä, joka ryhmittelee asiakkaat toisistaan poikkeaviin ryhmiin voimavarakäytön suhteen. RUG-III/18-luokituksessa on seitsemän pääluokkaa ja niiden kriteerit perustuvat asiakkaiden terveydentilaan, psyykkiseen ja fyysiseen toimintakykyyn, sekä erityishoitoihin ja erityistarpeisiin. Asiakas sovelletaan sopivimpaan pääluokkaan huomioiden asiakkaan fyysinen toimintakyky. Kotihoidon palvelutuotekuvaksista löytyy peruspalvelun lisäksi kuusi erilaista ydinpalvelua, joista yksi on mielenterveys-

ja päihdehoito. Tämä sisältää psykososiaalisen tuen, jotta asiakkaan arki pysyisi mahdollisimman hyvänä. Psykososiaalisessa tuessa huomioidaan asiakkaan itsemääräämisoikeus, voimavarat sekä arvomaailma. Tarkoituksena on arvioida asiakkaan psyykkistä toimintakykyä tukien henkistä kuntoa ja vireyttä. (Andreasen ym. 2014.)

3.2 POTILAAN KOHTAAMINEN

Potilas eli kotihoidon käsitteiden mukaan asiakas, tulee kohdata fyysis-psykykkis–sosiaalisen kokonaisuutena. Kohtaaminen on parhaimmillaan käymistä kohti toista ihmistä arvostaen tämän kokemusta ja tunteita sekä inhimillisyyttä. Jokaisella Suomessa pysyvästi asuvalla on oikeus terveydentilansa edellyttämään terveyden- ja sairaanhoitoon. Jokaista ihmistä on kohdeltava siten, ettei heidän ihmisarvoaan loukata ja yksityisyyttä kunnioitetaan. Hoidossa on otettava myös huomioon asiakkaan yksilölliset tarpeet, äidinkieli ja kulttuuri. (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista: Finlex 3§.)

Asiakkaan kohtaamisen pilareiksi muodostuu kuuleminen ja arvostava ja myötätuntoinen läsnäolo. Kohtaaminen on aina vuorovaikutuksellinen tapahtuma, joka jaetaan sekä sanattomaan että sanalliseen vuorovaikutukseen. Asiakkaan kohtaamisessa myös yksilön näkökulma on ohjaavana peruslähtökohtana. (Leino-Kilpi, Puro & Suhonen 2006.) Luotettavan ja turvallisen suhteen luomisen taustalle on varattava aikaa ja kuunneltava ihmisen omia tuntemuksia (Saarela 2004).

Ilmeet ja eleet vaikuttavat vuorovaikutuksen kokemukseen joka voi olla myös ristiriitainen sanattoman ja sanallisen viestinnän kesken. Jokainen asiakas on erilainen, joten vuorovaikutustaitojen on oltava osana ammatillista osaamista. Hyvän ja kokonaisvaltaisen hoidon keskeinen käsite on potilaskeskeisyys joka yksinkertaisimmillaan tarkoittaa sitä, että asiakas saa osallistua ja vaikuttaa omaan hoitoon ja hoito on yksilöllisesti räätälöityä. (Hätönen, Kurki, Larri & Vuorilehto 2014, 54-55.) Kohtaamiselle hoitotyössä ei ole myöskään olemassa valmista mallia vaan jokaisen kohdalla kohtaaminen on uusi haastava tehtävä (Saarela 2004).

3.3 MASENNUS

Masennus eli depressio on normaaliin tunne-elämään kuuluva tilapäinen alakuloinen mieliala, joka on seurausta vastoinkäymisistä ja kohtaloniskuista. Kuka tahansa meistä voi masentua. (Kopakkala 2009, 9-11.) Masennustilassa ominaista on pitkäaikainen alakuloisuus, aloitekyvyn puute, uupumus, unihäiriöt ja mielihyvän menetys. Masennus on keskeinen kansanterveysongelma sekä perusterveydenhuollossa että psykiatrisessa erikoissairaanhoidossa. Arviolta noin 5-10% suomalaisista kärsii masennustilasta vuoden aikana. Hoidon kannalta masennustilojen tunnistaminen ja erotusdiagnostiikka, on tärkeää. On arvioitava masennustilan vaikeusaste ja masennuksen esiintyvyys. Onko masennus esiintynyt toistuvasti (F33) vai onko masennus ensimmäistä kertaa (F32). (Depressio: Käypä hoito-suositus, 2016.) On myös tutkittu, että naiset kokevat vakavamman masennusjakson elämänsä aikana todennäköisemmin kuin miehet. Miehillä osuus on 10% ja naisilla osuus jopa 20%. (Nordling & Toivio 2013, 178.)

Myös yksin asuvat, eronneet, lesket, kouluttamattomat, työttömät ja matalassa sosioekonomisessa asemassa olevat sairastuvat tutkimusten mukaan todennäköisemmin masennukseen. Myös päihdeongelmista ja muista mielenterveysongelmista kärsivillä on suurempi todennäköisyys sairastua masennukseen. Masennukseen sairastuminen on kuitenkin monimutkaisempaa, kuin se että kuuluu edellä mainittuihin väestöryhmiin. (Nordling & Toivio 2013, 178.)

Masennus on eri tekijöiden seuraus ja monen yhteistekijän summa. Nykyisin nähdään, että masentuneiden vanhempien lapsilla olisi 40% riski sairastua vakavaan masennukseen. Pelkästään perinnöllisen alttiuden ei kuitenkaan nähdä nostavan riskiä sairastumiselle. Taipumus masentuneisuuteen voidaan selittää perinnöllisillä tekijöillä mutta varsinaisen masennuksen puhkeamiseen tarvitaan muiden tekijöiden, kuten lähiympäristön, psykologisten ja sosiaalisten tekijöiden yhteisvaikutusta. (Nordling & Toivio 2013, 178.)

Masennustilat tulee erottaa tavanomaisista mielialan vaihteluista. Masennusdiagnosointi edellyttää yhtäjaksoista suurimman osan päivää kestäneestä masentuneesta mielialasta vähintään kahden viikon ajalta. (Huttunen 2015.) Masennus voidaan kuvata myös fyysisenä kiputilana, johon liittyy päänsärkyä, lihaskipuja, vatsakipuja ja ihon kuivumista (Kopakkala 2009, 11).

3.3.1 Masennuksen asteet ja hoito

Masennustilat jaetaan oirekuvan mukaan lievään, keskitasoiseen, vaikeaan ja psykoottiseen masennukseen. Masennustilat heijastuvat oirekuvaltaan ihmisen toimintakykyyn heikentävästi. Lievästä masennuksesta kärsivä kykenee yleensä työelämään vaikkakin toimintakyky on jonkin verran alentunut. Keskivaikeassa masennuksessa työ- ja toimintakyky on alentunut niin että yleensä tarvitaan sairauslomaa. (Huttunen 2015.) Lievästä tai keskivaikeasta masennuksesta kärsivä voi hyötyä myös psykoterapiasta hoitomuotona masennuksen hoitoon (Haarala ym. 2010, 12). Lieväkin masennus tulee hoitaa asianmukaisesti ja siihen tulee suhtautua vakavasti (Kopakkala 2009, 16).

Kun puhutaan vaikeasta masennuksesta, ei ihmisen mieliala juuri vaihtele vaan pysyy alakuloisena. Kyky nauttia ja kiinnostua asioista on lähes olematonta ja uupumuksen oireet hyvin tavallisia. (Kopakkala 2009, 14.) Varsinkin ikäihmisillä vaikea masennus saattaa oirehtia ahdistuneisuutena, ruokahaluttomuutena ja fyysisenä levottomuutena. Vaikea masennus saattaa myös peittyä ärtyneisyyden tai päihteidenkäytön alle. Myös kognitiiviset toimintojen häiriöt voivat liittyä ikäihmisen vaikeaan masennukseen. Ikäihmisen masennuksen diagnosoiminen on usein puutteellista jolloin vaikeakin masennus voi jäädä hoitamatta. (Huuhka ym. 2011.)

Masennuksen hoidossa keskeisimpiä hoitomuotoja on vaikuttaviksi osoitetut psykoterapiat sekä masennuslääkkeet (Depressio: Käypä hoito-suositus, 2016). Vaikeissa masennustiloissa painottuvat biologiset hoidot, lääkehoito tai lääkehoito ja terapia (Haarala ym. 2010, 12-13).

Perusterveydenhuollossa masennuksen hoitoa voi toteuttaa depression hoidon kolmiomallilla jossa toteutuu yleislääkärin, hoitajan ja psykiatrin yhteistyö, sekä hoidon suunnitelmallisuus (Depressio: Käypä hoito-suositus, 2016). Masentunut ihminen saattaa olla hyvin tarvitseva mutta ei kuitenkaan saa otetta tarjotusta avusta (Kopakkala 2009, 11). Masennuksen hoidossa on myös huomioitava riittävän pitkä hoitokontakti uusiutumisen ehkäisemiseksi. Masennuksen toistuvuus on arvioitu ensimmäisen jakson jälkeen olevan 50%, toisen masennusjakson jälkeen 75% ja kolmannen jälkeen jopa 90%. (Haarala ym. 2010, 9-10.)

Masennuksen aiheuttamat inhimilliset kärsimykset ja yhteiskunnalliset kustannukset huonontavat ihmisten elämänlaatua, sillä masennus vaikuttaa läpi ihmisen elämän. Varhainen masennuksen tunnistaminen ja sen hyvä hoito olisi tärkeää, sillä se vaikuttaa masennusjaksosta toipumiseen ja sen pituuteen. (Haarala ym. 2010, 9-10.) Masennuksen seurantaan ja arvioimiseen on olemassa erilaisia mittareita ja asteikkoja joiden avulla ammattilainen voi arvioida masentuneisuuden astetta (Haarala ym. 2010, 75-77).

3.3.2 Ikäihmisen masennuksen lääkehoidon periaatteet

Masennuksen luonteesta, hoidosta ja hoidon kulusta tulee aina kertoa asiakkaalle itsensä huomioiden myös hoitoon osallistuvat omaiset. Ensisijaisesti lieviin masennusoireisiin ja yksinäisyyden tunteisiin voidaan ikäihmistä kannustaa erilaisiin kunnan tai kaupungin järjestämiin toimintoihin psykososiaalisen tuen saamiseksi ennen lääkehoidon aloittamista. (Talaslahti 2016.) Kun aletaan suunnitella masennuksen lääkehoitoa, tulee ottaa huomioon vanhuksen omat toiveet sekä masennuksen laukaisevat tekijät, esimerkiksi traumat ja menetykset (Haarala ym. 2010, 12-13).

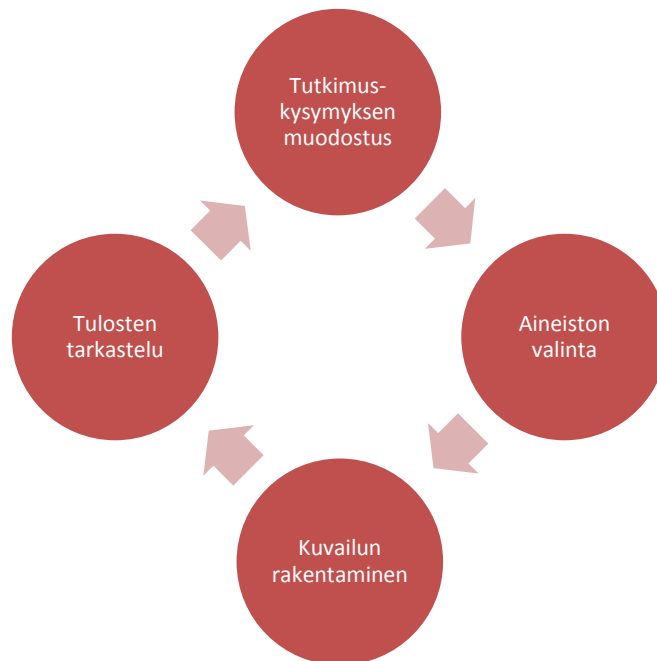
Ikäihmisen masennuksen lääkehoidossa tulee ottaa huomioon mahdollinen entinen lääkitys ja sen toimivuus. Myös muut ikäihmisen käyttämät lääkkeet ja terveydentila tulee ottaa huomioon lääkehoitoa aloitettaessa. (Haarala ym. 2010, 12-13.) SSRI-lääkkeet eli selektiiviset serotoniinin takaisinoton estäjät aktivoivat vanhusta, mutta niiden eliminaatio voi hidastua ikääntyessä. Trisykliset masennuslääkkeet eli vanhimmat masennuslääkkeet 50- ja 60-luvuilta eivät ole suositeltavia ikäihmisille niiden haittavaikutusten vuoksi. Lääkehoidosta aloituksesta ja annosten koosta päättää aina lääkäri yhdessä asiakkaan kanssa. On kuitenkin huomioitava, että yli 75-vuotiaiden lääkeannokset on syytä pitää pieninä ja seurata mahdollisia haittavaikutuksia jopa 12 viikon päähän. (Talaslahti 2016.) Ikäihmiselle sopivia masennuslääkkeitä ovat esimerkiksi sertraliini, essitalopraami ja sitalopraami. Nämä lääkkeet ovat serotoniiniselektiivisiä eikä ihmisen ikä vaikuta niiden farmakokinetiikkaan. Lääkkeillä ei myöskään ole kliinisesti todistettuja merkittäviä yhteisvaikutuksia muiden lääkkeiden kanssa. Trisyklisistä masennuslääkkeistä käytössä on nykypäivänä ikäihmisillä ainoastaan nortriptyliiniä koska siinä on vähiten antikolinergisia haittavaikutuksia. (Koponen & Leinonen 2016.)

Lääkehoidossa huomioitavaa on myös niiden teho, joka ilmaantuu vasta toisella hoitoviikolla ja voi näkyä vasta kuukauden kuluttua lääkehoidon aloituksesta. Lääkitystä tulee jatkaa akuuttivaiheen jälkeenkin, vaikka oireet olisivat lieventyneet. Ensimmäisen masennusjakson jälkeen ylläpitävää toipumista edistävää lääkehoitoa tulisi jatkaa puoli vuotta, ehkäisten näin masennusoireiden palaamista. Toisen masennusjakson jälkeen lääkehoitoa tulisi jatkaa kaksi vuotta ja kolmannen masennusjakson jälkeen mahdollisesti jopa lopun elämää. (Haarala ym. 2010, 13-14.) Masennuslääkkeiden lääkeannokset ikäihmisillä on noin puolet keski-ikäisten lääkeannoksesta. Kuitenkin noin kaksi kolmesta ikäihmisestä hyötyy masennuslääkkeistä, vaikka vaste on ikäihmisillä hitaampi kuin nuoremmilla. (Koponen & Leinonen 2016.)

4 MENETELMÄLLISET LÄHTÖKOHDAT

Opinnäytetyössä käytetään menetelmänä sovellettua kuvailevaa kirjallisuuskatsausta. Tarkoituksena on kerätä tietoa ja analysoida kriittisesti ja perustellusti kysymyksiä apuna käyttäen. Tavoitteena on saada tiivis katsaus jo aiemmin tutkitun tiedon pohjalta. (Hirsjärvi ym. 2008.) Kuvaileva kirjallisuuskatsaus jaetaan neljään osaan: tutkimuskysymyksen muodostaminen, aineiston keruu, kuvailun tarkentaminen ja lopuksi tulosten tarkastelu. Tutkimusprosessin aikana usein vaiheet etenevät päällekkäin. (Kangasniemi ym. 2013, 291-292.) Kirjallisuuskatsauksen neljä osavaihetta löytyy kuvioista 2.

KUVIO 2. Kirjallisuuskatsauksen vaiheet (Kangasniemi ym. 2013).



Prosessin ensimmäisessä vaiheessa muodostetaan tutkimuskysymys joka ohjaa prosessia ja on kirjallisuuskatsauksen keskeinen tekijä. Tutkimuskysymyksen tulisi olla hyvin rajattu, jotta aihe on tarpeeksi tiivis ja sitä voidaan käsitellä syvällisesti. (Kangasniemi ym. 2013, 294-295.)

Tässä kirjallisuuskatsauksessa ohjaavia kysymyksiä on kolme: millainen on masentunut ikäihminen? Miten masennus näkyy ikäihmisen päivittäisessä elämässä? sekä miten tukea masentuneen ikäihmisen psyykkinen hyvinvointi? Kysymykset on rajattu käsittelemään masentuneita ikäihmisiä ja heidän psyykkisen hyvinvoinnin tukemista. Aineiston keruu alkoi tutkimuskysymysten rajauksen jälkeen. Aineistoa on haettu tietokannoista hakusanoilla, jotka vastasivat tutkimuskysymyksiin. Aineisto koostuu tieteellisistä julkaisuista ja tutkimuksista. Tiedon haussa on käytetty rajausta, jolla on karsittu yli 10 vuotta vanhat tutkimukset pois eli rajaus on tapahtunut vuosiin 2006-2017. Opinnäytetyöhön on kuitenkin sisällytetty yksi poikkeus vuodelta 2004 sillä se oli luotettava ja vastasi tutkimuskysymykseen. Opinnäytetyö perustuu suomenkielisiin lähteisiin. Rajauskriteerit opinnäytetyöhön löytyvät alta taulukosta 1.

TAULUKKO 1. Aineiston valinnassa käytetyt rajaukset ja perustelut

Käytetty aineiston rajaus:	Perustelut aineiston rajaukselle:
Aikarajaus: 2006-2017	Tutkimukset sisältävät ajankohtaista ja mahdollisimman uutta tietoa
Kielirajaus: Suomi	Helppolukuisuus ja kielen ymmärrys
Saatavuus: Full text	Helppo ja ilmainen saatavuus
Muuta: Tutkimuskysymyksiin vastaus	Aineisto vastasi tutkimuskysymyksiä ja oli aiheenmukainen

Aineiston valinnassa voidaan käyttää taulukointia tukena jäsentämässä aineistoa sekä arvioimassa sen luotettavuutta (Kangasniemi ym. 2013, 295-296). Tässä opinnäytetyössä käytettiin aineistonkeruuseen seuraavia tietokantoja: Medic ja Terveysportti. Hakusanoina käytettiin suomenkielisissä hauissa ”Ikäihminen”, ”masennus”, ”avoterveydenhuolto”, ”kohtaaminen”. Yhdistelmänä hauissa käytin ”masentuneen vanhuksen kohtaaminen”, ”masentuneen vanhuksen kohtaaminen kotihoidossa”, ”vanhuksen masennus” ja ”masentuneen vanhuksen hoito”. Tietokannoissa käytetyt hakusanat ja aineistot löytyvät alta taulukosta 2.

TAULUKKO 2. Tietokannoissa käytetyt hakusanat ja aineistot

Tietokanta:	Hakusanat:	Tulokset:	Valitut:
Medic	Vanhus AND masennus (full text)	1	1
	Kotihoito AND ikäihminen (full text)	0	0
	Ikäihminen AND masennus	117	0
	Ikäihminen AND masennus AND hoito (full text)	5	1
	Masennus AND arviointi (full text)	21	0
	Masennus AND arviointi AND ikäihminen (full text)	2	0
	Masennus AND ikäihminen (full text)	19	2
Terveysportti	Masennus, vanhuksen masennus	1	1
	Masentuneen vanhuksen hoito	1	1

4.1 Sisällönanalyysi

Sisällönanalyysillä tarkoitetaan laadullisessa tutkimuksessa metodina, jossa on laaja teoreettinen kehys, joka sisältää kuultujen, kirjoitettujen ja nähtyjen sisältöjen analyysia (Tuomi & Sarajärvi 2013, 91). Aineiston analyysi tulee aloittaa opinnäytetyöprosessissa heti, sillä silloin aineistoa on helpompi analysoida ja täydentää. Tässä opinnäytetyössä sisällönanalyysia on toteutettu laadullisen tutkimuksen mukaan. Ensin on valittu kiinnostava aihe ja rakennettu aiheen ympärille tutkimuskysymykset. Aineistoa läpikäydessä on eroteltu ne asiat, jotka oleellisesti kuuluvat opinnäytetyön tutkimuskysymyksiin ja liittyivät opinnäytetyön aiheeseen. Aineistot on käyty huolellisesti läpi, sekä niihin on palattu myös myöhemmässä opinnäytetyö prosessin vaiheessa.

Opinnäytetyöhön valikoituneet tutkimukset ja muut tieteelliset lähteet on pyritty prosessin aikana käymään läpi huolellisesti. Sisällönanalyysin avulla yläkäsitteiksi opinnäytetyössä nousivat masennus, kotihoito ja potilaan kohtaaminen. Alakäsitteiksi muodostui

masennuksen tunnistaminen ja hoito, sekä Tampereen kotihoidon palvelut ja niiden tarpeellisuus masentuneen ikäihmisen hyvässä hoidossa.

4.2 Tutkimusmenetelmänä kuvaileva kirjallisuuskatsaus

Kaikissa kirjallisuuskatsauksissa on tietyt perusvaiheet ja niiden tunteminen helpottaa ymmärtämään katsausartikkeleita. Perusvaiheiden tunteminen myös mahdollistaa kriittisen arvioinnin. (Stolt ym. 2015, 23.) Kirjallisuuskatsauksessa tavoitteena on löytää aiheeseen liittyvät kirjallisuus ja tutkimukset. Jo olemassa oleva tieto eritellään ja analysoidaan kriittisesti. (Stolt & Routasalo 2007, 58.) Tarkoituksenmukaista on määrittää tutkimusongelma ja tutkimuksen tarkoitus hyvin. Kysymyksen tulee olla asiaan liittyvä ja siihen tulee kyetä vastaamaan kirjallisuuden pohjalta, mutta sen ei tule olla liian suppea. (Stolt ym. 2015, 24-25.)

Kuvaileva kirjallisuuskatsaus on yksi kirjallisuuskatsauksen muoto, joka on yleiskatsaus ilman tiukkoja sääntöjä. Kuvailevassa kirjallisuuskatsauksessa voidaan monipuolisesti käyttää eri aineistoja. (Salminen 2011, 6.) Kuvaileva kirjallisuuskatsaus sopii silloin kun halutaan rakentaa teoreettista kehystä sekä tutkittaessa teorian kehitystä. Kuvailevan kirjallisuuskatsauksen avulla voidaan tuottaa tutkittuun tietoon perustuvaa teoreettista tietoa hoitotyössä työskenteleville. Kuvaileva kirjallisuuskatsaus sopii myös teoreettisen ja käsitteellisen kehityksen rakentamiseen ja tunnistamaan ongelmia. (Kangasniemi ym. 2013, 294-295.)

Kuvaileva kirjallisuuskatsaus sopii tähän opinnäytetyöhön, sillä työssä halutaan tuoda monipuolisesti tietoa kotihoidon työntekijöille masentuneen ikäihmisen kohtaamiseen vaikuttavista tekijöistä, sekä masennuksen hoidosta avoterveydenhoidossa perustuen tutkittuun tietoon. Tähän kirjallisuuskatsaukseen valikoitui yhteensä 4 tutkimusta sekä muita kirjallisia lähteitä. Tutkimukset löytyvät liitteistä taulukosta 3. Kaikki tutkimukset ovat suomalaisia. Suurin osa käytetyistä lähteistä on muita kuin tieteellisiä tutkimuksia sillä opinnäytetyön aiheesta oli hankala löytää tieteellisiä tutkimuksia hyödynnettäväksi. Tuloksiin sopivia lähteitä löytyikin esimerkiksi terveystieteilijöiden tutkimuksista hyvin. Eniten tuloksista rajautui tutkimuksia ja lähteitä pois aikarajauksen ja tekstin saatavuuden vuoksi. Tuloksissa käytetyt lähteet löytyvät liitteistä 3 ja 4.

5 TULOKSET

5.1 Masentunut ikäihminen

Masennusta voidaan pitää iäkkäiden yleisimpänä mielenterveyden sairautena. Somaattisilla tekijöillä ja menetyksillä on usein ikäihmisen masennuksen taustalla suuri merkitys. Joka kolmas leski täyttää masennustilan kriteerit. (Koponen & Leinonen 2016.) Kivelän (2009, 106-107) mukaan jatkunut mielialan lasku, toimintakyvyn muutos sekä muutokset mielihyvän kokemisessa voivat olla oireita ikäihmisen masentuneisuudesta. Talaslahden (2016) mukaan myös iäkkään ihmisen itkuisuus, lisääntynyt huonounisuus, passivoituminen ja ruokahaluttomuus sekä ihmissuhteiden vähentyminen voivat kieliä masennuksen puhkeamisesta. Usein myös säryt ja heikotukset voivat toimia oireina alkavalle masennukselle (Hätönen ym. 2014, 195-196). Ikäihminen voi olla myös katkera, syyttelevä sekä epätasapainoinen (Talaslahti 2016). Masennus oireilee eri ihmisillä eri tavalla (Kivelä 2009, 89-91).

Kuokan (2014) mukaan ikäihmisen masennus voi myös oirehtia ruokahaluttomuutena jolloin yksin asuvan vanhuksen ravitsemus on selvästi heikentynyt. Univaikeudet ja väsymys tulee huomioida vanhuksen masennuksen oireina varsinkin, jos tilanne on äkisti muuttunut aiemmasta tai univaikeuksiin liittyy ahdistuneisuutta ja aiempien elämäntilanteiden käsittelemättömiä asioita. Kuokan (2014) mukaan korostuneet huolestuneisuudet talouden hoidosta sekä omasta terveydestä ja hyvinvoinnista voi kertoa ikäihmisen masentuneisuudesta.

Kivelä (2009, 90-91) käsittelee käyttäytymisen muutoksien lisäksi masentuneisuuden oireiluista ikäihmisen ulkonäössä. Masennus voi oireilla epäsiisteytenä, kumaruutena, laihtumisena ja hidastuneisuutena. Edellä mainittujen oireiden lisäksi voi esiintyä myös arvottomuuden tunnetta, toivottomuutta sekä vahvoja ahdistuneisuuden tunteita jotka voivat johtaa jopa itsemurhayrityksiin. Ikäihmisten masennustilat ovat usein alidiagnostoituja jolloin masentuneisuuteen saattaa liittyä suuri itsemurhan vaara. (Koponen ym. 2010, 159-160.) Myös Leinosen ja Huuhkan (2011) artikkeli käsitteli itsetuhoisuutta ikäihmisen masennuksessa. Vuonna 2008 arviolta 162 yli 65-vuotiasta päätyi itsemurhaan. Vaikeimmissa tapauksissa masennus saattaa esiintyä psykoottisena jolloin vanhuksella voi olla harhaluuloja ja aggressiivista käyttäytymistä. (Koponen ym. 2010, 159-160.)

5.1.1 Ikäihmisen masennuksen tunnistaminen

On erilaisia käsityksiä siitä, miten psyykinen hyvinvointi rakentuu. Heimonen, ym (2012, 42-45) mukaan paras näkökulma käsitellä vanhuuden psyykkistä hyvinvointia on ottaa huomioon ikäihmisen biologiset, psykologiset ja psykososiaaliset tekijät ja nähdä ne toisiaan täydentävinä tekijöinä. Masennuksen taustalla on usein useita eri tekijöitä, jotka voidaan jakaa laukaiseviin ja altistaviin tekijöihin. Näitä tekijöitä voi olla esimerkiksi toimintakyvyn muutokset, riippuvuus muista ihmisistä ja korostunut yksinäisyys. (Kivelä 2009, 47-48.)

Aikaisia oireita vanhuksen masentuneisuudesta on tärkeä avoterveydenhuollon ammattilaisen havaita ennen kuin oireet vaikuttavat vanhuksen toimintakykyyn (Kuokka 2014). Myös Kivelän (2009, 113) mukaan oireiden tarkka haastattelu on tärkeää toimintakyvyn säilyttämisen kannalta sekä mahdollisten fyysisten sairauksien poissulkemiseksi. Masennusta tutkittaessa on myös otettava huomioon masennuksen kuuluminen fyysisiin sairauksiin kuten kilpirauhasen toimintaan, diabetekseen, anemiaan tai B-vitamiiniryhmän puutostiloihin (Kivelä 2009, 98-99). Masennuksen oireet ovat usein päällekkäisiä somaattisten sairauksien oireiden kanssa. Myös aistiharhat ovat mahdollisia. (Koponen ym. 2010, 160-161.)

Masennusta epäiltäessä ja masennuspotilaan hoidon suunnittelussa ja hoidossa on usein parempi olla useampi työntekijä laajemman näkökulman saamiseksi (Saarela 2004). On tutkittu, että harva vanhus avautuu masennuksen oireista lääkärille, mutta tuttu hoitaja voi tunnistaa masennuksen oireita vanhuksessa ja vanhus saattaa herkemmin tuoda masentuneisuuttaan esille keskusteluissa. Kiire ja suuri vaihtuvuus hoitohenkilökunnassa vaikeuttavat varhaista huomioimista. (Kuokka 2014.) Usein hoitajien epäilykset heräävätkin vasta kun ikäihmisen ulkoinen olemus ja koti muuttuvat epäsiistiksi (Koponen ym. 2010, 159-160).

Hätösen, ym (2014, 195-196) mukaan monien iän myötä puhkeavien somaattisten sairauksien mukana voi puhjeta masennusoireita. Esimerkkinä Parkinsonin tauti joka aiheuttaa keskushermoston vanhenemismuutoksia. Myös sydän- tai aivoinfarkti voi olla masennuksen taustalla. Leinosen ja Huuhkan (2011) artikkelissa kerrotaan, että myös ikäihmisen pitkittynyt stressi vaikuttaa masennuksen puhkeamiseen. Ikäihminen voi olla

myös haluton muistamaan asioita ja vastailta hoitajien kysymyksiin tahallaan väärin, jolloin oirekuva näyttäisi viittaavan dementiaan (Koponen ym. 2010, 159-160).

Saarelan (2004) artikkelissa kerrotaan, että masentuneet ikäihmiset eivät aina itse tunnista oireitaan masennukseksi, joten masennuksen tunnistaminen voi olla haastavaa. Myös Koponen, ym (2010, 160-161) kirjoittaa että ikäihmisen masennuksen tunnistaminen voi olla vaikeaa ja vaatii pidempää aikaväliä oireiden tarkasteluun sekä ikäihmisen omien tuntemusten kuuntelua. Ikäihmisen masennuksen tunnistamisessa ja hoidossa korostuukin psykiatrisen ja somaattisen hoidon integraatio erityisesti ensimmäisen masennusjakson aikana. Tällöin somaattiset sairaudet taustatekijänä tulee ottaa huomioon myötävaikuttavana tekijänä sekä harkita kuvantamistutkimuksia tai neuropsykiatrisia tutkimuksia. (Huuhka & Leinonen 2011.)

5.1.2 Mieliala-asteikot masennuksen tunnistamisen apuna

Masennusta epäiltäessä voidaan apuna mielialan arvioinnissa käyttää erilaisia mieliala-asteikkoja eli testejä, joiden avulla voidaan mitata sen hetkistä masentuneisuutta. Näiden asteikkojen avulla voidaan kartoittaa tunnetilojen ja oireiden voimakkuuksia sekä ilmentymiä tietyn ajanjakson ajalta. Koska ikäihmisen fyysinen kunto on todennäköisesti heikompi, on ruumiillisten oireiden huomioiminen psyykkisen tilan arvioinnissa toissijaista. (Heikkinen 2007, 136–138.) Asteikot tuovat arvokasta tietoa masennuksen seurantaan (Kivelä 2009, 113).

Oireita kartoitettaessa on hyvä kartoittaa myös masennustilojen riskitekijöitä kuten asu- mista, perhesuhteita ja lääkehoitoa (Kivelä 2009, 113). Kun arvioidaan ikäihmisen mielialaa, tulee ottaa huomioon myös lievästi oirehtivat ikäihmiset sekä ikäihmisen sukupuolierot masennuksen esiintyvyydessä (Heikkinen 2007, 136–138). Kivelä (2009, 115) on ottanut myös kantaa masennustilojen seulonnan tarpeellisuuteen, sillä kansainväliset ja suomalaiset tutkimukset ovat osoittaneet ikäihmisten masennustilojen puutteellisen tunnistamisen ja hoidon.

Masennuksen arvioinnissa suosittu menetelmä on Beckin depressioasteikko eli BDI. Asteikko on suuntaa antava masennusta epäiltäessä sekä toimii masennuksen seulon-

nassa. BDI onkin yksi käytetyimmistä masennusoireiden mittareista maailmanlaajuisesti. (Raitasalo 2007, 16-17.) Useimmiten käytössä on 21-osainen asteikko mutta asteikolla on monta eri versiota. Asteikossa on huomioitu ajattelutapoja ja oireita jotka ovat tyypillisiä masennusta sairastavalle. Tutkittava valitsee neljästä vaihtoehdosta omaa tilannettaan parhaiten kuvaavan vaihtoehdon. Kysymykset käsittelevät unta, väsymystä, ruokailua ja arvottomuuden tunnetta. BDI:n pohjalta ei tehdä masennusdiagnooseja vaan se on kehitetty kuvaamaan masennuksen astetta ja vakavuutta sekä havainnollistamaan ja arvioimaan masennuksen oireiden muutoksia. BDI ei korvaa asiakkaan kliinistä haastattelua. (Roivanen 2008.)

BDI:n pohjalta on kehitelty Suomen oloihin sopiva RBDI. Tämä mielialakysely sisältää 13 kysymystä masennuksesta sekä yhden kysymyksen ahdistuneisuudesta. Asteikkojen avulla kartoitetaan ihmisen itsetuntemusta ja omia kokemuksia masennusoireilusta ja itsetunnosta. Mielialakysely on lyhyt ja helposti vastattava, joten sen käyttö on helppoa. (Depressio: Käypä hoito-suositus, 2016.)

Ikäihmisille suunnattu geriatrinen depressioasteikkoa GDS:ää käytetään kun halutaan saada laajempi kuva masennuksen tilasta. Kysymykset on suunnattu ikäihmisten elämään sopiviksi. (Finne-Soveri 2016.) Erityisesti asteikon helppouden ja somaattisten oireiden mukaan tuonnin vuoksi se sopii ikäihmisille hyvin. Asteikko on itsearviointia, mutta se voidaan toteuttaa toiselle henkilölle, kun kysymykset luetaan ääneen. Ennen asteikon täyttämistä tulee kuitenkin varmistua, että siihen vastaaja tietää asteikon merkityksen ja oikean vastaamistavan. Kysymyksissä kestää noin 15 minuuttia ja ne ovat esitetty niin että vastata voi ”kyllä” tai ”ei”. Asteikosta heränneet kysymykset voidaan käydä läpi vastaajan kanssa vastausten päätteeksi. GDS asteikkoa ei suositella, jos kyseessä on dementiapotilas, dementiaa sairastaville sopivampi testi on esimerkiksi Cornell-testi CSDD (Finne-Soveri 2016). CSDD testiä pidetään luotettavana mittarina muistipotilaiden masennuksen tunnistamiseen ja sen tekee vain koulutettu tekijä, jolla on tuntemusta dementiasta sairautena ja kokemusta dementiapotilaista (Kivelä ym. 2010).

5.2 Miten masennus näkyy ikäihmisen päivittäisessä elämässä

On tutkittu, että masennuksesta kärsivillä ikäihmisillä noin 23%:lla on samanaikaisesti jokin muu mielenterveyshäiriö, kuten esimerkiksi ahdistuneisuushäiriö joka vaikeuttaa päivittäisistä toiminnoista selviämistä (Toppinen 2014). Kivelän (2009, 46-47) mukaan jokainen ihminen kokee joskus yksinäisyyttä ja yksinäisyyden tunteet ovat iäkkäillä ihmisillä varsin yleisiä. Masennus voi näkyä toimintakyvyttömyytenä ja haluttomuutena hoitaa päivittäisiä asioita (Kivelä 2009, 89-91).

Toimintakyvyn ohella myös ikäihmisen käyttäytyminen saattaa muuttua ja olla epäasianmukaista. Voi esiintyä puheen muutoksia esimerkiksi keskustelun vastaukset voivat olla asiaankuulumattomia ja voi esiintyä itkukohtauksia ja eleiden muutoksia. Myös oma-aloitteisuus saattaa kadota. (Koponen ym. 2010, 159-160.) Monet iäkkäät ihmiset voivat myös hakeutua useasti lääkärin vastaanotolle ja valittaa tuskaansa hoitajille sekä takertua hoitajiin liiaksi (Kivelä 2009, 92-93). Masennus voi näkyä myös eristäytyneisyytenä jolloin ikäihminen ei hakeudu hoitoon vaan eristäytyy sosiaalisesta elämästä lähes täysin (Heimonen ym. 2012, 228-230).

Kivelän (2009, 91) mukaan psyykkiset oireet saattavat voimistua ikäihmisillä etenkin öisin ja yksin vietettyinä hetkinä, jolloin esimerkiksi unen saanti häiriintyy. Psykoottisesta masennuksesta kärsivä vanhus voi kokea myös harhaluuloisuutta. Harhat eivät ole skitsofrenialle tyypillisiä vaan voivat olla halventavia ääniä tai mädäntyneiden jätteiden hajuja. Tavallisesti harhat ovat syyllistäviä ja vainoavia ja vaikuttavat ikäihmiseen hallitsevasti pysäyttäen normaalit päivittäiset toiminnot kokonaan. (Huuhka ym. 2011.)

5.3 Ikäihmisen psyykkisen hyvinvoinnin tukeminen kotihoidossa

Jokainen ihminen on yksilöllinen oma itsensä ja elämään on kuulunut onnistumisia, surua, iloa ja paljon sellaista mitä emme voi ulkonäön perusteella tietää. Tämä tulee ottaa huomioon ikäihmisen kohtaamisessa. (Kivelä 2009, 11.)

Vaikka psyykkisen tasapainon vaarantumiselta ei voida suojata ikäihmistä täydellisesti, voidaan ikäihmisen hoitotyössä ottaa huomioon ihmisen psyykkinen eheys ja mahdoli-

set iän tuomat muutokset elämässä (Heimonen ym. 2012, 228-232). Arven (2012) tutkimuksen mukaan kotihoidon työntekijöiden taitoa tunnistaa ikäihmisen psyykkisen hyvinvoinnin uhkaavat tekijät ennaltaehkäisevästi olisi tarpeen. Myös kotihoidon palveluita on kehitettävä siten että työntekijöillä on käytössään tarkoituksenmukaisia arviointimenetelmiä ikäihmisen psyykkisen hyvinvoinnin turvaamiseksi. Näitä keinoja on esimerkiksi ottaa huomioon ikäihmisen esteetön kulkeminen kodissaan sekä sosiaalisten kontaktien vaaliminen ja niiden mahdollistaminen. (Heimonen ym. 2012, 228-232.)

Luonnollinen lähtökohta hoitotyölle masentuneen vanhuksen kanssa on hoitajan kyky vastaanottaa ikäihmisen oma kertomus vaivoista ja oireistaan sekä varmistaa että ikäihminen on itse riittävän perillä keskustelun aiheesta ja tarkoituksesta (Saarela 2004). Luotettavan ja turvallisen hoitosuhteen luominen on yhteistyön perusta, joten masentuneen ikäihmisen kohtaamiseen tulee käyttää riittävästi aikaa sekä kuunnella häntä empaattisesti ja ennakkoluulottomasti. Myös yksityisyys tulee olla suojattuna. (Saarela 2014.) Ikäihmistä tulee arvostaa ihmisenä, sillä aliarvostavat asenteet heikentävät psyykkisen terveyden ylläpitoa ja saavat ikäihmisen tuntemaan itsensä hyödyttömäksi yhteiskunnan silmissä (Kivelä 2009, 109).

Ikäihmisen masennus koskettaa usein myös masentuneen itsensä lisäksi omaisia ja läheisiä. Hyvään potilaan kohtaamiseen kuuluu osana myös lähipiirin ottaminen hoitoon mukaan. (Kivelä 2009, 46-48.) Masentuneen ikäihmisen omaisille ja läheisille voi ja pitää kertoa masennukseen luonteesta, hoidosta ja kulusta niin että he ymmärtävät sen. Tukiverkoston kartoittaminen ja sen tuominen mukaan hoitoon on asiakkaan ja hoidon kannalta hyväksi. (Talaslahti 2016.)

6 POHDINTA

6.1 Eettisyys ja luotettavuus

Keskeinen osa tutkimusta on arvioida tutkimuksen eettisyys ja luotettavuus. Näitä voidaan tutkimuksessa pohtia reliabiliteetin ja validiteetin näkökulmista. Reliabiliteetilla tarkoitetaan toistettavuutta eli tilannetta missä kaksi tutkijaa päätyy samaan tulokseen. Validiteetilla tarkoitetaan tutkimuskysymyksiin vastaamista eli onko mitattu sitä mitä on ollut tarkoitus mitata ja onko tutkimuskysymyksiin vastattu. (Hirsjärvi ym. 2009.) Hyvään tieteelliseen käytäntöön kuuluu tutkijan huolellisuus ja rehellisyys. Luotettavuutta tulee arvioida koko tutkimusprosessin ajan. Luotettavuutta tutkimukselle tuo lähdekritiikki eli aineistoihin on suhtauduttu kriittisesti ja arvioitu niiden luotettavuutta koko prosessin ajan. (Hirsjärvi ym. 2009.)

Tässä opinnäytetyössä on pyritty ottamaan huomioon työn luotettavuuteen liittyvät asiat sekä tuomaan tutkimuksen vaiheet läpinäkyvästi esille ilman plagiointia. Tällä tarkoitetaan kriittisesti valittuja lähteitä, jotka on valittu luotettavilta tahoilta ja niiden alkuperä on tarkastettu. Tässä opinnäytetyössä käytettyjä lähteitä on merkitty tekstiin ja lähdeluetteloon. Opinnäytetyön tuloksissa käytettyjen lähteiden hakuprosessi on esitetty taulukoissa täsmällisesti ja aineistojen käyttö on perusteltu. Opinnäytetyön luotettavuutta vähentää englanninkielisten lähteiden puuttuminen sekä se, että opinnäytetyö on toteutettu yksin. Tämän vuoksi on ollut tärkeää merkitä opinnäytetyön lähteet ja perustelut niiden käytölle tarkasti, tuoden näin luotettavuutta opinnäytetyölle. Luotettavuutta olisi tuonut myös toinen opinnäytetyön tekijä jonka kanssa pohtia valintoja ja päätöksiä sekä saada vertaistukea ja arviointia opinnäytetyöprosessin aikana. Tätä kutsutaan tutkijaan liittyväksi triangulaatioksi. (Tuomi & Sarajärvi 2013, 144.) Toisen tekijän lisäksi tässä opinnäytetyössä olisi voinut myös hyödyntää haastatteluja tai kyselylomakkeita kotihoidon työntekijöille.

Opinnäytetyön toiminnan ydin on tutkitun tiedon eettisyys. Eettisyys on sidoksissa tutkittavaan aiheeseen tai ilmiöön ja sitä tarkastellaan jo kirjallisuuskatsauksen aihevalinnasta alkaen opinnäytetyön loppuun sakka. Eettisiä vaatimuksia kirjallisuuskatsauksessa on tekijöiden rehellisyys, tarkkuus ja huolellisesti tuotettua tietoa. Raportointi ei saa olla harhaanjohtavaa eikä puutteellista ja tutkimustuloksia ei saa vääristellä. (Mäkinen 2006,

123.) Tutkimuksen luotettavuutta voidaan myös arvioida erilaisin mittarein. Myös lukijalle perustellut luokittelun alkujuuret ja niiden perusteet tulosten tulkintaan tulee tuoda ilmi (Hirsjärvi ym. 2009). Aiheen valinta ei tuottanut kirjallisuuskatsausta tehdessä eettisiä ongelmia, sillä ikäihmisten masennusta on tutkittu objektiivisesti ja siihen on kehitetty arviointiasteikkoja.

6.2 Tulosten tarkastelu

Opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää miten tunnistaa masentunut ikäihminen, miten masennus näkyy ikäihmisen päivittäisissä toiminnoissa ja miten masentuneen ikäihmisen mielenterveyttä tuetaan kotihoidossa. Opinnäytetyössä halutaan tuoda esille, kuinka yleistä ikäihmisen masentuneisuus on ja miten se voidaan tunnistaa avoterveydenhuollossa kuten kotihoidossa. Opinnäytetyössä on tuotu esiin erilaisia asteikkoja, joiden avulla voidaan helpommin ja varhaisemmassa vaiheessa tunnistaa ikäihmisen masentuneisuutta. Opinnäytetyöhön valikoitui mielenterveyden sairauksista masennus, sillä se on yleisin ikäihmisten kokema mielenterveyden häiriö. (Koponen & Leinonen 2010, 159.)

Opinnäytetyö keräsi monesta lähteestä ikäihmisen masennuksen tunnistamisen keinot yhteen tiiviiksi paketiksi. Usein masennuksen taustalla on useita tekijöitä ja Kuokan (2014), sekä Kivelän (2009, 113) mukaan ne tuleekin ottaa huomioon ikäihmisen hoidossa. Opinnäytetyön tulosten tarkastelussa voidaan todeta, että ikäihmisen masennuksen oireet ovat monimuotoisia ja yksilöllisiä (Heikkinen 2007, 137).

Opinnäytetyön tuloksien perusteella voidaan sanoa, että ikäihmisen masennuksen tunnistamisen apuna tarvitaan myös luottamussuhdetta hoitajan ja asiakkaan välillä. Tämän luottamussuhteen luomisen avulla voidaan saada masennuksen oireista tietoa ikäihmiseltä itseltään, mikäli oireita ei ole muuten nähtävissä. Näkyvien oireiden ja ikäihmisen omien tuntemuksien lisäksi voidaan käyttää masennuksen arviointiin sopivia arviointiasteikkoja jonka perusteella suunnitella jatkohoitoa. Opinnäytetyön tuloksien avulla voidaan myös todeta, että masennus ilmenee pääpiirteittäin samalla tavalla ikäihmisellä kuin nuoremmillakin. Ikäihmisen masennus saattaa kuitenkin vaikuttaa toimintakykyyn nopeammin kuin nuoremmalla väestöllä. Myös masennuksen väärä diagnosointi somaattisten sairauksien alta on yleisempää ikäihmisen kohdalla.

6.3 Jatkotutkimusaiheet ja kehittämisehdotukset

Opinnäytetyö prosessissa nousi esiin muutamia jatkotutkimusaiheita. Ikäihmisten masennus jää usein huomioimatta tai psyykkistä hyvinvointia ei tueta tarpeeksi, sillä masennus jää helposti diagnosoimatta somaattisten sairauksien alta. Kuten Arve, ym (2012) kirjoittaa: tulisi ikäihmisen toimintakyvyn lisäksi ottaa huomioon mielenterveyden voimavarat jotka lisäävät ikäihmisen elämänhallintaa ja hyvää oloa ja energisyyttä. Erityisesti yksinäisyyden tunteisiin ja masentuneisuuden kokemuksiin tulisi tarttua aikaisessa vaiheessa.

Jatkotutkimusaiheena kotihoidolle olisi miettiä miten toimia masentuneen ikäihmisen psyykkisen hyvinvoinnin turvaamiseksi ja miten lääkehoidon toteutus ja ylläpito toteutetaan Tampereen kaupungin kotihoidossa. Myös muut mielenterveyden häiriöt sekä päihteiden käyttö kotihoidossa olisi hyödyllistä tutkia. Haastattelukysely kotihoidon hoitajille heidän kokemuksistaan mielenterveys- ja päihdeongelmista ikäihmisillä toisi tarkempaa kuvaa juuri Tampereen kaupungin kotihoidon tilanteesta ja toimintamalleista.

LÄHTEET

Andreasen, P., Asikainen, J., Björkgren, M., Finne-Soveri, H., Hammar, T., Heikkilä, R., Laine, A., Mäkelä, M., Mäkinen, L., Noro, A., Sohlman, B., Vesa, M., Viitanen, B. & Taimi, K. 2014. Asiakasryhmittelyyn pohjautuva tuotteistus RUG-III/18-luokituksen avulla kotihoito Tampereella. Terveiden ja hyvinvoinninlaitos Raportti 27/2014.

Arve, S., Eloranta, S., Iso-aho, H., Routasalo, P. & Viitanen, M. 2012. Ikäihmisten psyykkinen hyvinvointi ja psykososiaalisen tuen toteutuminen kotihoidossa. Hoitotiede 24.

Depressio (online). Käypä hoito-suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Psykiatriayhdistys ry:n asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäri-seura Duodecim, 2016 (viitattu 20.3.2017). Saatavilla Internetissä: www.käypähoito.fi

Finlex. 17.8.1992/785. 3§. Laki potilaan asemasta ja oikeuksista. Luettu 20.1.2017. <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1992/19920785>

Finlex. 29.6.1983/607. Sosiaalihuoltoasetus. Luettu 20.1.2017 <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1983/19830607>

Finlex. 30.12.2014/1301. Sosiaalihuoltolaki. Luettu 20.1.2017. <http://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2014/20141301>

Finlex. 30.12.2010/1326. Terveystuolaki. Luettu 6.1.2017 <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2010/20101326>

Finne-Soveri, H. 2016. Iäkkäiden henkilöiden toimintakyvyn arviointi. Terveystuoli. Tarvitsee käyttöoikeuden.

Haarala, M., Jääskeläinen, A., Kilpinen, N., Panhelainen, M., Peräkoski, H., Puukko, O., Riihimäki, K., Sundman, M. & Tauriainen P. 2010. Masennuksen hoito perusterveydenhuollossa. Helsinki: Tammi.

Heikkinen, R-L. 2007. Mielen tasapaino. Vanheneminen ja terveys. Helsinki: Edita Publishing Oy.

Heimonen, S. & Pajunen, H. 2012. Mielen terveys vanhuudessa. Helsinki: Edita.

Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2009. Tutki ja kirjoita. Helsinki: Kustannusosa-
keyhtiö Tammi.

Huttunen, M. 2015. Masennustilat, eli depressiot. Terveystuoli. Luettu 20.2.2017. Tarvitsee käyttöoikeuden.

Huuhka, K. & Leinonen, E. 2011. Vanhuksen vaikea ja psykoottinen masennus. Artikkelit. Terveystuoli. Luettu 22.2.2017. Tarvitsee käyttöoikeuden.

Hätönen, H., Kurki, M., Larri, T. & Vuorilehto, M. 2014. Uudistuva mielenterveystyö. Helsinki: Fioca oy.

- Jääskeläinen, E. & Miettunen, J. 2011. Psykiatriset arviointiasteikot kliinisessä työssä. Terveysportti. Tarvitsee käyttöoikeuden.
- Kangasniemi, M., Utriainen, K., Ahonen, S-M., Pietilä, A-M., Jääskeläinen, P. & Liikainen, E. 2013. Kuvaileva kirjallisuuskatsaus: eteneminen tutkimuskysymyksestä jäsenettyyn tietoon. Hoitotiede 25.
- Kivelä, S-L. 2009. Depressiosta tasapainoon, hyvä elämä iäkkäänä. Sastamala: Kirjapaino.
- Kivelä, S-L., Saarinen, J. & Rähä, I. 2010. Muistipotilaiden masennustilojen lääkehoidon vaikutukset – systemoitu katsaus. Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim. Tarvitsee käyttöoikeuden.
- Kopakkala, A. 2009. Masennus. Porvoo: Edita.
- Koponen, H. & Leinonen, E. 2010. Vanhuksen mielialahäiriöt, teoksessa Geriatria. Duodecim.
- Koponen, H & Leinonen, E. 2016. Vanhusten masennus. Terveysportti. Tarvitsee käyttöoikeuden.
- Kuokka, P. 2014. Masentuneen vanhuksen hoito. Sairaanhoidajan tietokannat. Terveysportti. Tarvitsee käyttöoikeuden.
- Leino-Kilpi, H., Puro, M. & Suhonen, R. 2006. Yksilöllisyys terveydenhuollossa. Suomen lääkirilehti 41/2006. Tarvitsee käyttöoikeuden.
- Lohiniva, V. Leppänen, T. & Puurunen, K. 2009. Pohjois-Lapin kylissä asuvien ikään-tyvien voimavarat. Gerontologia-lehti 2/2009.
- Mäkinen, O. 2006. Tutkimusetiikan ABC. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.
- Nordling, E. & Toivio, T. 2013. Mielenterveyden psykologiaa. Helsinki: Edita.
- Rahijärvi, H. 2014. Pro Gradu-tutkielma: Mielenterveyttä ja psykiatrista hoitotyötä käsittelevät julkaisut sairaanhoitaja-lehdessä vuosina 1996-2013. Tarvitsee käyttöoikeuden.
- Raitasalo, R. 2007. Mielialakysely, Suomen oloihin Beckin lyhyen depressiokyselyn pohjalta kehitetty masennusoireilun ja itsetunnon kysely. Sosiaali- ja terveysturvan tutkimuksia 86. Vammala.
- Roivainen, E. 2008. Beckin depressioasteikon tulkinta. Terveysportti. Tarvitsee käyttöoikeuden.
- Rysti, M. 2016. Toimintakyvyn arviointi. Terveysportti. Tarvitsee käyttöoikeuden.
- Saarela, T. 2004. Miten kohdata masentunut vanhus. Suomen lääkirilehti 24/2004. Tarvitsee käyttöoikeuden.

Salminen, A. 2011. Mikä kirjallisuuskatsaus? Johdatus kirjallisuuskatsauksen tyyppeihin ja hallintotieteellisiin sovelluksiin. Vaasa: Vaasan yliopiston julkaisuja. Opetusjulkaisuja 62.

Sosiaali- ja terveysministeriö. Sosiaalipalvelujen saatavuus. Luettu 24.9.2016.
<http://stm.fi/sosiaalipalvelujen-saatavuus>

Sosiaali- ja terveysministeriö. Kotihoito ja kotipalvelut. Luettu 24.9.2016.
<http://stm.fi/kotihoito-kotipalvelut>

Stolt, M. & Routasalo, P. 2007. Tutkimusartikkelin valinta ja käsittely. Systemaattinen kirjallisuuskatsaus ja sen tekeminen. Turku: Digipaino- Turun yliopisto.

Stolt, M., Axelin, A. & Suhonen, R. 2015. Kirjallisuuskatsaus hoitotieteessä. Hoitotieteen laitoksen julkaisuja. Tutkimuksia ja raportteja. A:73/2015. Turun yliopisto. Turku: Juvenes Print..

Talasilahti, T. 2016. Vanhuksen masennus. Terveysportti. Tarvitsee käyttöoikeuden.

Tampereen kaupunki. 2016a. Gerontologinen avososiaalityö. Luettu 20.9.2016.
<http://www.tampere.fi/sosiaali-ja-terveyspalvelut/ikaihminen-palvelut/kotona-asuvalle/palvelut/avososiaalityo.html>

Tampereen kaupunki. 2016b. Kotihoito. Luettu 20.9.2016.
<http://www.tampere.fi/sosiaali-ja-terveyspalvelut/ikaihminen-palvelut/kotona-asuvalle/kotihoito.html>

Tampereen kaupunki. 2016c. Liikkuva psykiatrinen työryhmä. Luettu 20.9.2016.
<http://www.tampere.fi/sosiaali-ja-terveyspalvelut/mielenterveys-ja-paihdepalvelut/mielenterveys/aikuiset/liikkuva.html>

Terveyden- ja hyvinvoinninlaitos. 2016. Tietoa RAI-järjestelmästä. Luettu 10.1.2017.
<https://www.thl.fi/fi/web/ikaantyminen/rai-vertailukehittaminen/tietoa-rai-jarjestelmasta>

Terveysportti. 2015. Geriatrien depressioasteikko (GDS). Tarvitsee käyttöoikeuden.

Toppinen, H-P. 2014. Ikääntyneiden ahdistuneisuus ja ahdistuneisuushäiriöt. Itä-Suomen yliopiston lääketieteen laitoksen tutkielma. Tarvitsee käyttöoikeuden.

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2013. Laadullinen tutkimus ja sisällön analyysi. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi Oy.

LIITTEET

LIITE 1. TAULUKKO 3. Tuloksissa käytetyt tieteelliset lähteet

Tekijä, tutkimus, vuosi	Tutkimuksen tarkoitus	Aineisto ja tutkimusmenetelmä	Keskeiset tulokset
1. Koponen, H. & Leinonen, E. Vanhusten mielialahäiriöt, teoksessa Geriatria 2010	Tutkimus kertoo vanhuuden masennuksesta, tutkimuksesta ja hoidosta.	Kirjoittajat ovat lääketieteen tohtoreja ja professoreja, aineisto on koottu aiemmista lääketieteen tutkimuksista vuosilta 2000-2008. Sivut 159-165.	Masennustilan on arvioitu esiintyvän 2,5-5%:lla eläkeläisistä suomalaisista.
2. Saarela, T. Miten kohdata masentunut vanhus 2004	Katsausartikkeli kertoo miten kohdata masentunut vanhus.	Artikkeli on vuodelta 2004, Lääkärilehdestä 24/2004. Artikkeli on luettavissa lääkärilehden nettisivuilta. Artikkeli on otettu mukaan opinnäytetyöhön, sillä se vastasi hyvin tutkimuskysymyksiin ja sisälsi luotettavaa tietoa.	Artikkelissa käsitellään masennuksen tunnistamisen lisäksi hoidon aloittamisen vaikuttavuuteen masentuneen ikäihmisen hoidossa. Artikkeli on valittu aikarajauksen ulkopuolelta sen luotettavuuden ja sisällön vuoksi.
3. Toppinen, H-P. Ikääntyneiden ahdistuneisuus ja ahdistuneisuushäiriöt 2014	Terveystieteiden tiedekunnan lääketieteen koulutusohjelman tutkielma, jossa käsitellään ahdistuneisuushäiriöitä sekä niiden hoitoa ikäihmisillä.	Tutkielma on ilmestynyt toukokuussa 2014. Tutkielma on toteutettu Itä-Suomen yliopistossa psykiatrian yksikössä. Tutkielman kirjoittajan ohjaajina on toiminut professori Hannu Koponen, sekä LT Maija Purhonen.	Tutkielmassa käsitellään ahdistuneisuushäiriöitä ja niiden aiheuttamaa kärsimystä ikäihmisillä sekä kerrotaan tavallisimmista ahdistuneisuushäiriöistä. Tutkimuksessa kerrotaan, että ahdistuneisuutta esiintyy noin 5-6%:lla yli 65-vuotta täyttäneistä.

LIITE 2. TAULUKKO 4. Muut tuloksissa käytetyt lähteet

Tekijä, aihe, vuosi	Lähteen tarkoitus	Valintakriteerit	Keskeiset tulokset
1. Finne-Soveri, H. Iäkkäiden henkilöiden toimintakyvyn arviointi 2016	Artikkelissa käsitellään iäkkäiden henkilöiden toimintakykyä ja sen arviointia sekä arviointiin käytettäviä mittareita.	Artikkeli on julkaistu terveysportin nettisivuilla 2016. Artikkelin lukemiseen tarvitsee käyttöoikeuden terveysporttiin.	Artikkelissa käsitellään erilaisia toimintakyvyn mittareita hoitoalan ammattilaisten käyttöön. Lisäksi artikkeli sisältää mittareita depression seulontaan ja arviointiin.
2. Heikkinen, R-L. Mielen tasapaino, vanheneminen ja terveys 2007	Kirjassa Vanheneminen ja terveys, käsitellään mielen tasapainoa omalla otsikolla sivuilla 129-144.	Teksti valikoitui lähteisiin, sillä se vastasi tutkimuskysymykseen ja käsitteli opinäytetyön aihetta laajalti. Helsinki: Edita, 136-138.	Kirjassa käsitellään tasapainoista mieltä ikäihmisillä sekä mielen haavoittuvuutta ja masentuneisuutta ikäihmisillä.
3. Heimonen, S. & Pajunen, H. Mielen terveys vanhuudessa 2012	Kirja haastaa tarkastelemaan yleisiä käsityksiä vanhuudesta sekä asenteita näiden takana.	Kirja valikoitui läheisiin sen monipuolisuuden vuoksi. Helsinki: Edita, 42-46. 228-231	Kirjassa käsitellään monipuolisesti ikääntymistä sekä keskittyy ikäihmisen hoidon parantamiseen. Kirja käsittelee myös kotihoidon osuutta hyvään vanhenemiseen kotona.
4. Huuhka, K & Leinonen, E. Vanhuksen vaikea ja psykoottinen masennus 2011	Artikkeli käsittelee vanhuksien vaikean ja psykoottisen masennuksen tunnistamista ja hoitoa.	Artikkeli on ilmestynyt lääketieteellisessä aikakauskirjassa 2011, sekä terveysportin sivuilla. Tarvitsee käyttöoikeuden terveysporttiin.	Artikkelissa käsitellään ikäihmisten vaikeaa masennusta. Artikkelissa kerrotaan, että jopa 1-4% ikäihmisistä kärsii vaikeasta masennuksesta ja vuonna 2008 162 yli 65-vuotiaasta on päätenyt itsemurhaan. Artikkelissa

			tulee myös ilmi, että ikäihmisen vaikeaa masennusta on haastava tunnistaa.
5. Hätönen H., Kurki, M., Larri, T. & Vuorilehto, M. Uudistuva mielenterveys-työ. 2014	Kirjassa on käsitelty tutkittuun tietoon perustuvia auttamismenetelmiä mielenterveyshoitotyöhön.	Kirja valikoitui lähteisiin, sillä se vastasi tutkimuskysymyksiin ja sisälsi tuoretta tietoa. Helsinki: Fioca oy, 54-55, 195-196.	Kirja on monipuolinen mielenterveyden hoitotyön ammattilaisille, sekä tarjoaa näkemyksiä myös potilaan näkökulmasta.
6. Kivelä, S-L Depressiosta tasapainoon, hyvä elämä iäkkäänä 2009	Kirja kertoo ikääntyneisyyteen liittyvistä psyykkisistä muutoksista ja siinä tuodaan iäkkäiden depressiomaisemaa ilmi ehkäisyssä ja hoidossa.	Kirjassa on käytetty erikoislääkärin tietoa ikäihmisten psyykkisistä häiriöistä ja niiden hoidosta. Sastamala: Kirjapaino, 11, 46-48, 89-109, 113-115, 136-137.	Kirja on ajankohtainen ja sopii opinnäytetyön ohjauviin kysymyksiin. Kirja on tarkoitettu vanhustenhoiton ammattilaisille ja kirjan on kirjoittanut yleislääketieteen- ja geriatrian erikoislääkäri Kivelä Sirkka-Liisa.
7. Koponen, H. & Leinonen, E. Vanhusten masennus. 2016	Artikkeli kertoo vanhuusiän masennuksesta, tutkimuksista, hoidosta ja masennuksen kulusta ja ennusteesta kattavasti.	Artikkeli on julkaistu terveysportin nettisivuilla 2016. Artikkelin lukemiseen tarvitsee käyttöoikeuden terveysporttiin.	Artikkeli käsittelee kattavasti opinnäytetyön aihetta ja vastaa tutkimuskysymyksiin.
8. Kuokka, P. Masentuneen vanhuksen hoito. 2014.	Artikkeli käsittelee masentuneen ikäihmisen tunnistamisen keinoja, sekä hoitoa lyhyesti.	Artikkeli on julkaistu terveysportin nettisivuilla 2014. Artikkelin lukemiseen tarvitsee käyttöoikeuden terveysporttiin.	Artikkeli käsittelee masennuksen tunnistamista ja hoitoa ikäihmisillä, joten se sopi opinnäytetyöhön hyvin.
9. Raitasalo, R. Mielialakysely, Suomen oloihin Beckin lyhyen depressiokyselyn pohjalta kehitetty masennusoireilun ja itsetunnon kysely. 2007.	Tutkimuksessa on selvitetty Beckin depressioasteikon toimivuutta ja luotettavuutta Suomessa.	Tutkimus valikoitui opinnäytetyöhön sen kattavan ja tarkan kuvan Beckin depressioasteikosta antavan tiedon vuoksi. Tutkimus on jul-	Tutkimus oli luotettava ja kattava, sekä se osaltaan toi lisää hyödyllistä tietoa Beckin depressioasteikosta.

		kaistu Sosiaali- ja terveys- turvan tutkimuksia osa 86 yhteydessä.	
10. Roivanen, E. Beckin depressioasteikon tulkinta 2008	Artikkelissa on käsi- teltty Beckin depres- sioasteikkoa ja arvi- oitu sen luotetta- vuutta.	Artikkeli on julkaistu ter- veysportin nettisivuilla 2008. Artikkelin lukemiseen tarvitsee käyttöoikeuden ter- veysporttiin.	Artikkelissa käsitellään Beckin depressioasteikkoa kriittisesti, sekä kuvaillaan sen käyttöä monipuolisesti. Artikkelissa tuodaan myös hyvin ilmi, miten asteikot on tehty seulontaan, ei diagnosointiin.
11. Talaslahti, T. Vanhuksen masennus. 2016.	Artikkeli käsittelee vanhuksen masen- nuksen hoitoa ja diagnosointia.	Artikkeli on julkaistu ter- veysportin nettisivuilla 2016. Artikkelin lukemiseen tarvitsee käyttöoikeuden ter- veysporttiin.	Artikkeli toi hyödyllistä li- säninformaatiota masennuk- sen hoidosta ja käsitteli vain ikäihmisten masen- nusta.