

MUISTISAIRAIDEN
MASENNUKSEN
TUNNISTAMINEN JA HOITO
KUNTOUTTAVAN
HOITOTYÖN
NÄKÖKULMASTA

Kirjallisuuskatsaus

LAHDEN
AMMATTIKORKEAKOULU
Sosiaali- ja terveysala
Hoitotyön koulutusohjelma
Sairaanhoitaja AMK
Opinnäytetyö
Kevät 2015
Tuija Karjalainen
Katja Nousiainen

Lahden ammattikorkeakoulu
Hoitotyön koulutusohjelma

KARJALAINEN, TUIJA
NOUSIAINEN, KATJA Muistisairaahan masennuksen tunnistaminen ja
hoito kuntouttavan hoitotyön näkökulmasta

Kirjallisuuskatsaus

Hoitotyön suuntautumisvaihtoehdon opinnäytetyö, 42 sivua

Kevät 2015

TIIVISTELMÄ

Tämän opinnäytetyön tutkimuskysymyksinä on ollut selvittää, kuinka muistisairaiden masennus tunnistetaan ja kuinka sitä hoidetaan kuntouttavan hoitotyön näkökulmasta. Työelämän yhteistyökumppanimme toimii Lahden kaupunginsairaalan osasto L21, jossa hoidetaan yleislääketieteen ja geriatrian eri kuntoutusvaiheissa olevia potilaita, joiden sairaus ei vaadi erikoissairaanhoidoa. Tarkoituksena on tuoda osastolle L21 näyttöön perustuvaa tutkimuksellista tietoa masennuksen tunnistamisesta ja hoidosta. Tavoittena on koota yhteen tutkittua tietoa muistisairaiden masennuksen tunnistamisesta hoitotyössä ja eri hoitotyön keinoja, joita masennuksen hoidossa käytetään. Tätä opinnäytetyötä voidaan hyödyntää myös muissa hoitoympäristöissä muistisairaiden masennuksen hoidossa, tunnistamisessa ja masennuksen ehkäisemisessä.

Opinnäytetyö toteutettiin kuvailevan kirjallisuuskatsauksen keinoin. Kirjallisuuskatsauksen aineiston analysoinnissa käytettiin aineistolähtöistä sisällönanalyysia. Tulosten mukaan muistisairaahan masennuksen tunnistaminen on haastavaa, samoin voi olla masennuksen vaikeusasteen arviointi. Tunnistamiseen voi tuoda haastetta myös hoitohenkilökunnan epävarmuus omista valmiuksistaan, koulutuksen puutteellisuus sekä resurssien vähyys, sekä yksipuoliset käsitteet ja asenteet, joita henkilökunnalla voi olla normaaliin vanhenemiseen liittyvistä oireista. Tunnistamiseen ja hoitoon on kuitenkin olemassa monia tutkittuja arviointimenetelmiä ja hoitomahdollisuuksia. Ikääntyneen yksilöllisellä hoito-ohjelmalla voitaisiin huomioida paremmin ikääntyneen elämäntilanne ja lisätä yhteistyötä masennusta sairastavan ikääntyneen, ammattilaisten ja palvelujärjestelmien välillä. Masennuksen hoitoon voidaan käyttää niin psyko-sosiaalisia keinoja kuin lääkehoitoakin. Tutkimusten mukaan näiden kahden yhdistäminen antaa parhaan vasteen muistisairaahan masennuksen hoidossa. Jatkossa muistisairaahan masennuksen huomioimiseen ja hoitoon tarvittaisiin selkeämpiä hoitolinjoja ja hoitojärjestelmiä.

Asiasanat: muistisairaudet, masennus, ikääntyneet, kuntouttava hoito, hoitomenetelmät

Lahti University of Applied Sciences
Degree Programme in Nursing

KARJALAINEN, TUIJA

NOUSIAINEN, KATJA The identification and treatment of demented
patient from the perspective of rehabilitative
nursing care

Bachelor's Thesis 42 pages

Spring 2015

ABSTRACT

The research question of this thesis was to find out how depression of the demented elderly people is identified and treated from rehabilitative nursing perspective. Our working life partner is department L21 in the Lahti City Hospital, where patients of general practice and geriatrics whose disease does not require special health care are treated. They are in various stages of rehabilitation. The purpose of this thesis is to bring the department L21 evidence-based knowledge of identification and treatment of depression. The objective of this thesis is to bring together researched information about identification of depression among demented persons and the different ways of nursing. This thesis can also be used in other environments in treatment, identification and prevention of demented persons' depression. The thesis was carried out using a descriptive literature review. The data were analyzed using a qualitative content analysis. The results show that identification of depression is challenging and so can be depression severity assessment. The nursing staff's uncertainty of own capabilities, lack of training and resources and one-sided concepts and attitudes can also bring challenge to identification. However, there are many researched evaluation methods and treatment options for identifying and treating depression. Using an individual nursing program could help to pay more attention to aged person's condition and increase the cooperation professionals and health care system. Psychosocial ways and medication can be used in treating depression. The findings indicate that combining these two gives the best response. In the future, clearer lines of treatment and care systems are needed to take care of demented person's depression.

Keywords: memory disorders, depression, aged, rehabilitative nursing, methods of treatment.

SISÄLLYS

1	JOHDANTO	1
2	MUISTISAIRAAN MASENNUKSEN HOITOTYÖN KESKEISET KÄSITTEET	3
2.1	Ikääntymisen tuomat muutokset	3
2.2	Muistisairauden oireet	4
2.3	Masennuksen ilmeneminen	5
2.4	Kuntouttavan hoitotyön keinot	6
3	KIRJALLISUUSKATSAUKSEN TARKOITUS JA TUTKIMUSTEHTÄVÄT	8
4	KIRJALLISUUSKATSAUKSEN TOTEUTTAMINEN	9
4.1	Aineiston hankinta	9
4.2	Kuvaileva kirjallisuuskatsaus	15
4.3	Sisällönanalyysi	16
5	KIRJALLISUUSKATSAUKSEN TULOKSET	20
5.1	Muistisairaiden masennuksen tunnistaminen hoitotyössä	20
5.1.1	Muistisairaahan masennusoireiden tunnistamisen haasteet	21
5.1.2	Masennusoireiden arviointi	22
5.1.3	Muistisairaahan masennuksen taustatekijät	23
5.1.4	Muistisairaahan masennuspotilaan masennuksen vaikeusasteen mittaaminen	24
5.1.5	Yhteenveto muistisairaiden masennuksen tunnistamisesta hoitotyössä	25
5.2	Muistisairaiden masennuksen hoito kuntouttavan hoitotyön näkökulmasta	27
5.2.1	Lääkehoito	27
5.2.2	Muistisairaahan psykososiaalinen tukeminen	29
5.2.3	Yhteenveto masennuksen hoidosta kuntouttavan hoitotyön näkökulmasta	31
6	POHDINTA	33
6.1	Tulosten tarkastelu ja johtopäätökset	33
6.2	Opinnäytetyön eettisyys ja luotettavuus	34
6.3	Opinnäytetyön hyödynnettävyys ja jatkotutkimusaiheet	36

1 JOHDANTO

Ikääntyneiden masennusta on tutkittu paljon. Viime vuosina ikääntyneiden masennus on ollut paljon esillä myös mediassa, sillä masennusta pidetään iäkkäiden vakavana psyykkisenä ongelmana. Tutkimusten mukaan hoidon tarpeen, terveyspalvelujen runsaan käytön, muistisairauksien ja käytöshäiriöiden taustalla on usein masennus. (Muistisairaudet 2010.)
Depressio ja dementia ovat kaksi yleisintä psykiatrista oiretta ikääntyneen väestön keskuudessa. Ne voivat aiheuttaa samantapaisia oireita, kuten toimintakyvyn alenemista, haluttomuutta ja aloitekyvyn vähenemistä. Masennuksesta voi seurata muistiongelmia, toisaalta dementiaan sairastuneella saattaa olla masennusoireita jo ennen kognitiivisten häiriöiden ilmaantumista. (Juva 2007,1230 – 1233.)

Masennus, dementiaan liittyen tai ilman dementiaa, jää usein tunnistamatta ja hoitamatta. Aikaisempi vakava masennus lisää riskiä sairastua myöhemmin dementoivaan sairauteen. Dementoivan sairauden tunnistaminen masentuneella ja huonomuistisella potilaalla voi olla haastavaa. Potilas, joka vaikuttaa masentuneelta ja valittaa muistihäiriöitä, on tavanomainen asiakas terveydenhuollossa. Muistihäiriöt voivat johtua alkavasta muistisairaudesta, masennuksesta tai molemmista. Näitä sairauksia kuitenkin hoidetaan eri keinoilla ja niillä on erilainen ennuste, joten olisi tärkeää erottaa ne toisistaan. Tämä edellyttää lääkärin tekemää perusteellista tutkimusta ja tietoa dementian ja depression eroista. Usein on tarpeen tehdä myös pään kuvantaminen ja muita lisätutkimuksia. (Juva 2007,1231 - 1233; Brown, Raue, Halpert, Adams & Titler 2009, 11 - 15; Muistisairaudet 2010.)

Tämä opinnäytetyö on lähtenyt tekijöiden omasta mielenkiinnosta tutkia ikääntyneiden muistisairaiden masennuksen hoitoa Suomessa hoitotyön näkökulmasta. Etsiessämme tietoa dementoituneiden masennuksen hoidosta huomasimme, että aihetta on tutkittu niukasti.

Työelämäkumppanimme on toiminut Lahden kaupungin sairaalan osasto L21, jolla hoidetaan akuutin yleislääketieteen ja geriatrian eri

kuntoutusvaiheissa olevia potilaita, joiden sairaus ei vaadi erikoissairaanhoidoa. Hoito on lyhytaikaista ja sen tavoitteena on potilaan kotiutuminen. Osastolle L21 siirtyy potilaita pääasiassa yhteispäivystyskeskuksesta.

Tämän opinnäytetyön tavoitteena on koota yhteen tutkittua tietoa siitä, miten muistisairaiden masennus tunnistetaan hoitotyössä ja mitä hoitotyön keinoja masennuksen hoidossa käytetään. Tarkoituksena on herättää keskustelua ja toimia työn kehittämisen välineenä, niin työelämän yhteistyökumppanillemme L21:lle, kuin muillekin hoitoyksiköille, joissa hoidetaan muistisairaita.

2 MUISTISAIRAAN MASENNUKSEN HOITOTYÖN KESKEISET KÄSITTEET

2.1 Ikääntymisen tuomat muutokset

Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveyspalveluista määrittelee ikääntyneeksi väestöksi henkilöt, jotka ovat vanhuuseläkkeeseen oikeuttavassa iässä. Käytännössä tämä tarkoittaa 65 vuoden ikää. (Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveyspalveluista 980/2012 3§.)

Ikääntyminen on kuitenkin hyvin yksilöllistä. Vanhuutta on vaikea määritellä kalenteri-ian mukaan, koska ikääntymisen tuomat fyysiset ja psyykkiset muutokset ovat yksilöllisiä. Lihasmassan pieneneminen ja voiman väheneminen alkaa 50 ikävuoden jälkeen. Lihasvoiman harjoittamisen on todettu olevan tuloksellista vielä hyvin vanhoillakin henkilöillä. Harjoittelulla on merkitystä tasapainon säilyttämisessä, tasapainon avulla ehkäistään kaatumisia. Ikääntyessä aerobinen kapasiteetti pienenee. Sitä voidaan kestävyysharjoittelulla hidastaa, mutta ei kokonaan estää. Psyykkisissä muutoksissa painottuu usein kognitiivisen toimintakyvyn heikkeneminen. Siihen vaikuttavat perinnölliset tekijät, sairaudet, psykososiaaliset tekijät, elintavat, päähän kohdistuneet vammat sekä aivojen vähäinen käyttö. Erityisesti muistin huononemisessa yksilöllinen vaihtelu voi olla suurta. (Vuori 2010.)

Yli 65-vuotiaiden määrä lisääntyy koko ajan. Tilastokeskuksen mukaan vuonna 2010 yli 65-vuotiaiden osuus suomen väestöstä oli 17,5 % eli noin 940 000 asukasta. Vuoden 2020 ennusteessa yli 65-vuotiaita on 22,6 % eli lähes 1,3 miljoonaa. Ikääntyneiden määrän lisääntyminen tulee ennusteen mukaan nostamaan väestöllistä ja taloudellista huoltosuhdetta aiheuttaen painetta eläkeiän nostolle. (Suomen virallinen tilasto 2012.)

2.2 Muistisairauden oireet

Muistisairaus on sairaus, joka heikentää muistia ja muita tiedonkäsittelyn alueita. Se vaikuttaa toiminnan ohjaamiseen sekä kielelliseen ja näönvaraiseen hahmottamiseen. Muistisairaudet voivat olla lyhytaikaisia tai eteneviä. Etenevät muistisairaudet johtavat usein tiedonkäsittelyn ja muistin dementia-asteiseen heikentymiseen. Yleisimmät muistisairaudet ovat Alzheimerin tauti, erityyppiset aivoverenkiertosaireudet, Lewyn kappale-patologiaan liittyvät sairaudet, kuten Lewyn kappale -tauti ja Parkinsonin tauti, sekä otsa-ohimolohkorappeumat. Dementoivilla muistisairauksilla on erilaisia vaikutuksia ihmisen toimintakykyyn ja käytökseen. Alzheimerin taudissa muistin ja kognition heikkeneminen on keskeistä, otsalohkodementiassa esiintyy usein käytösoireita. Muistisairauksista yleisin on Alzheimerin tauti, oireiden ilmaannuttua odotettavissa oleva elinaika on keskimäärin kymmenen vuotta. (Muistisairaudet 2010; Suontaka-Jamalain 2011, 4.)

Aivoverenkiertoperäisissä muistisairauksissa oireet voivat vaihdella paljon riippuen siitä, sijaiseeko sairaus pienissä vai suurissa suonissa. Keskeisintä on toiminnanohjauksen heikkeneminen, muistihäiriöt eivät ainakaan alussa ole hallitseva piirre. (Atula 2012.)

Dementoivaan muistisairauteen voi liittyä laihtumista ja ruokahaluttomuutta, keskittymisvaikeutta jne., mikä voi johtaa väärään depressiodiagnosiin. Dementia on laaja-alainen oireyhtymä. Siihen liittyy muistihäiriöitä ja muita aivotointojen muutoksia, jotka vaikeuttavat päivittäisistä toiminnoista selviämistä. Tyypillisiä oireita ovat muistihäiriöiden lisäksi juuri passiivisuus, haluttomuus ja nopea väsyminen. (Juva 2007, 1231.)

Ennusteiden mukaan ikääntyneiden määrä tulee kasvamaan tulevaisuudessa. Ihmiset elävät pidempään ja terveempinä. Tästä huolimatta ei-tarttuvien sairauksien, kuten dementian, määrä lisääntyy. Nykyisten arvioiden mukaan 35.600.000 ihmistä maailmassa sairastaa dementiaa. Esiintyvyyden ja ilmaantuvuuden ennusteiden mukaan

dementoituneiden määrä tulee kasvamaan edelleen erityisesti väestön ikääntyneimpien keskuudessa. Dementiasairauksiin sairastuu maailmanlaajuisesti vuosittain lähes 7,7 miljoonaa ihmistä, mikä tarkoittaa yhtä uutta sairastunutta joka neljäs sekunti. (Dementia: a public health priority 2012, 2 – 4.) Muistiliiton mukaan Suomessa on tällä hetkellä 130 000 muistisairasta ihmistä ja vuosittain diagnoosin muistisairaudesta saa 13 000 suomalaista (Muisti ja muistisairaudet 2015).

2.3 Masennuksen ilmeneminen

Eriasteiset masennustilat ovat hyvin yleisiä. Suomessa lievää masennusta sairastaa noin 10–15 %, vakavaa masennusta noin 5 % ja psykoottista depressiota alle 1 % aikuisväestöstä. Naisilla masennustilat ovat noin 1,5–2 kertaa yleisempiä kuin miehillä. Masennustiloissa keskeisiä oireita ovat yli kaksi viikkoa jatkunut masentunut mieliala tai mielenkiinnon ja mielihyvän selkeä väheneminen. Oire vaivaa päivästä suurimman osan ajasta vähintään kahden viikon ajan. Masennuksessa kyse ei ole kuitenkaan vain alentuneesta mielialasta tai mielenkiinnosta. Diagnoosia varten edellytetään myös muita samanaikaisia oireita, kuten merkittävät painon tai unirytmien muutokset, pitkäaikainen väsymys, mielen ja liikkeiden hidastuminen tai kiihtyminen, epärealistiset syyllisyyden tai arvottomuuden tunteet, keskittymisen ja päätöksenteon vaikeus, kuolemaan liittyvät mielikuvat tai itsemurha-ajatukset. Masennukseen on usein tiiviissä yhteydessä eriasteinen ahdistuneisuus sekä lisääntynyt alkoholinkäyttö. Hetkellinen ja lyhytaikainen suru tai masentunut mieliala, jonka syynä ovat erilaiset pettymykset tai menetykset, eivät siis ole osoitus masennustilasta. Raja surureaktion ja depression välillä voi olla joskus häilyvä. Masennustilassa mielialan muutos ja siihen liittyvät oireet voivat kestää viikkoja, kuukausia tai jopa vuosia. (Huttunen 2014; Depressio 2014, 32.)

Masennus on moniulotteinen asia. Surullinen mieli ja alakuloisuus ovat joskus osa elämää. Masennus sen sijaan saattaa olla jopa henkeä uhkaava tila. On olennaista erottaa nämä kaksi toisistaan. Ikääntyminen ei välttämättä tuo mukanaan alakuloisuutta ja masennusta. Ikääntyneiden

masennus on ollut viime vuosina enemmän esillä ja se osataan tunnistaa aiempaa paremmin. Jotkut tyypillisemmin myöhemmällä iällä myöhemmällä iällä ilmenevät sairaudet voivat altistaa masennukselle. Näihin kuuluvat sydän- ja verisuonitaudit ja varsinkin sydänleikkaukset. Myös monet muut somaattiset sairaudet, pitkäaikaissairauksien ilmaantuminen sekä joihinkin sairauksiin liittyvät raskaat hoitojaksot nostavat riskiä masentua. Muistisairauksien lisäksi myös Parkinsonin tauti saattaa altistaa masennukselle ja sen hoidossa käytettävät lääkkeet voivat aiheuttaa sivuvaikutuksena esimerkiksi peliriippuvuutta tai muuta riippuvuuskäyttäytymistä. Masennuksen voivat laukaista myös ihmissuhdeongelmat, läpikäymätön suru, menetykset ja niihin liittyvät kriisit, yksinäisyys sekä alkoholin liikakäyttö. Nuoremmalla iällä sairastettu masennus, joka on pitkittynyt, lisää riskiä muistisairauden puhkeamiseen. Hoitamattoman masennuksen seurauksena kyky pitää huolta itsestä heikentyy ja altistaa terveyden ja toimintakyvyn heikkenemiselle. (Haarni, Viljanen & Hansen 2014,32.)

Laitosasuminen tuo mukanaan lisää riskitekijöitä sairastua masennukseen. Tähän liittyvät monet ikääntymiseen liittyvät terveystekijät, kuten näön heikkeneminen, kivut, liikkumisen rajoittuminen tai muut edellä mainitut riskitekijät, mutta myös laitosasumiseen liittyvä yksinäisyyden tunne ja riittämätön sosiaalinen tuki sekä puutteelliseksi koettu hoiva elämän käännekohtissa. (Tamminen & Solin 2013, 67.)

2.4 Kuntouttavan hoitotyön keinot

Kuntoutumista edistävä hoitotyö voidaan määritellä terveydenhuollon ammattihenkilöstön toiminnaksi, jossa hoitaja asettaa potilaan käyttöön ammatillisen osaamisensa ja tietonsa edistääkseen potilaan kuntoutumista. Kuntoutumista edistävä hoitotyö on potilaslähtöistä ja yksilöllisyyttä kunnioittavaa. Toiminnan tarkoitus on tukea potilaan itsenäistä selviytymistä. Potilaan perushoidossa kuntouttavan hoitotyön avulla pyritään tunnistamaan ja ehkäisemään potilaan kuntoutumiseen liittyviä riskejä, kuten masentuneisuutta. Tavoitteena on toimintakyvyn

ylläpito ja palauttaminen. Elämään tyytyväisyyden maksimointi, psyykkisen hyvinvoinnin kohottaminen, potilaan sosiaalisen statuksen ylläpito sekä jäljellä olevan toimintakyvyn tukeminen ja ylläpito kuuluvat kuntouttavan hoitotyön keskeiseen sisältöön. (Kuntouttava hoitotyö 2010; Vähäkangas 2010, 35.)

Kuntouttava hoitotyö liittyy potilaan päivittäisiin hoitotoimiin. Kuntouttava hoitotyö on moniammatillista, terveyslähtöistä ja tavoitteellista.

Kuntouttavan hoitotyön prosessiin kuuluu tarpeen määrittäminen, tavoitteiden asettaminen, toteutus sekä arviointi. Kuntouttavan hoitotyön tarvetta määriteltäessä kartoitetaan potilaan fyysinen ja psyykinen toimintakyky sekä elämänhistoria ja muut taustatiedot. Tavoitteet kirjataan hoitosuunnitelmaan ja niitä myös arvioidaan säännöllisesti. Potilasta kannustetaan sanallisesti tekemään mahdollisimman paljon omatoimisesti ja apua annetaan tarvittaessa. Kuntouttavan hoitotyön keinoina voidaan käyttää ohjausta, houkuttelua, motivointia, huumoria, ajan antamista ja aktivointia. Hoitoympäristön tulisi olla selkeä, esteetön ja kodinomainen. (Kelhä 2006, 6, 72 - 73; Vähäkangas 2010, 35.)

Dementoivien sairauksien aiheuttamat toimintakyvyn muutokset vaihtelevat riippuen sairaudesta ja sairauden vaikeusasteesta. Myös potilaan persoonallisuus, tavat ja elämäntilanne vaikuttavat toimintakykyyn ja ne on huomioitava suunniteltaessa ja toteutettaessa kuntouttavaa hoitotyötä. Dementoivien sairauksien luonteesta johtuen kuntouttavalla hoitotyöllä pyritään lähinnä toimintakyvyn ylläpitämiseen mahdollisimman pitkään. Sairauden edetessä muuttuvat hoitotyön tavoitteet ja keinot. Hoitajan tulee sitoutua asetettuihin hoitotyön tavoitteisiin ja toimia johdonmukaisesti tiedostaen potilaan kyvyt ja hänen tarvitsemansa avun määrä, koska dementoituneen omatoimisuus ja avuntarve voivat vaihdella päivittäin. Erityisesti lyhytaikaisen laitoshoidon aikana tulisi kotona asuvan dementoituneen potilaan hoitotyön kuntouttavaan työotteeseen kiinnittää huomiota, jottei selviytyminen kotona heikkenisi. (Pirttilä 2004, 12 - 13; Routasalo 2004, 86 - 88.)

3 KIRJALLISUUSKATSAUKSEN TARKOITUS JA TUTKIMUSTEHTÄVÄT

Olemme molemmat työskennelleet aiemmin lähihoitajina ikääntyneiden asumispalveluissa. Työssämme olemme havainneet, kuinka vaikeaa voi olla muistisairaana masennuksen tunnistaminen ja hoito. Ikääntyneen yksinäisyyttä ja siitä johtuvaa masennusta on tutkittu paljon, mutta käytännön työkaluja masennuksen tunnistamiseen ja hoitoon on vähän, varsinkin jos kyseessä on muistisairas. Työelämän yhteistyökumppanina meillä on ollut Lahden kaupunginsairaalan osasto L21, jossa hoidetaan ja kuntoutetaan akuutin yleislääketieteen ja geriatrian potilaita. Osalla potilaista on muistisairaus, johon liittyy erilaisia käytösoireita.

Tämän opinnäytetyön tavoitteena on koota yhteen näyttöön perustuvaa tutkimuksellista tietoa masennuksen tunnistamisesta ja hoidosta hoitotyössä. Opinnäytetyön tarkoituksena on lisätä hoitohenkilökunnan tietoa muistisairaiden masennuksen tunnistamisesta ja hoidosta, ja näin kehittää muistisairaiden masennuksen hyvää hoitoa.

Tutkimustehtävät, joiden kautta muistisairaiden masennusta tutkitaan:

1. Millä tavoin muistisairaiden masennus voidaan tunnistaa hoitotyössä?
2. Miten muistisairaiden masennusta hoidetaan kuntouttavan hoitotyön näkökulmasta?

4 KIRJALLISUUSKATSAUKSEN TOTEUTTAMINEN

4.1 Aineiston hankinta

Aineistoa etsittiin Nelli-portaalista MEDIC-, EBSCO- ja ELEKTRA-tietokannoista. Aineistoa haettiin kriittisesti myös Google Scholar -hakukoneella ja koulun kirjastosta sekä etäkäyttönä kansalliskirjaston julkaisuarkistosta Doriasta. Aineisto rajattiin uusimpiin tutkimusartikkeleihin, pro graduihin, väitöskirjoihin ja katsausartikkeleihin.

Mukaanottokriteereinä pidimme:

- julkaisun ajankohtaa 2007 - 2014
- julkaisukielenä suomea tai englantia
- kotimaisen julkaisun otsikosta, asiasanoista tai tiivistelmästä löytyy sana muistisair* /dement* ja depressi* masenu* ja Hoi* tai vastaavat synonyymit
- ulkomaisen julkaisun otsikosta, asiasanoista tai tiivistelmästä löytyy sana depression, dementia ja aged

Poissulkukriteerinä pidimme:

- liian vanhaa tutkimusta
- opinnäytetyötasoista lähdettä sekä oppikirjoja
- sitä, ettei aineiston otsikko vastaa tutkimuskysymyksen sisältöä
- sitä, ettei kokotekstiä (Full Text) ollut saatavilla
- sitä, että aineistossa käsiteltiin vain ikääntyneen masennusta ilman muistisairautta

Useiden testihakujen jälkeen päädyttiin käyttämään Medic- ja PubMed -tietokantoja sekä Doria-julkaisuarkistoa ja Elektra-julkaisupalvelua seuraavien taulukkojen mukaisella tavalla (taulukko 1, 2, 3 ja 4).

Taulukoissa kuvaamme aineiston karsinnan. Lisäksi taulukoissa näkyy kirjallisuuskatsaukseen hyväksytyt artikkelit, tutkimukset ja muut julkaisut.

Taulukossa 1 kuvaamme tiedonhakuprosessia Medic-tietokannasta ja taulukossa 2 PubMed-tietokannasta tehtyä tiedonhakua.

TAULUKKO 1. Tiedonhaku Medic-tietokannasta

Medic:	
muistisair* dement*	tekijä/otsikko/asiasana/tiivistelmä
AND	
depressi* masennu*	tekijä/otsikko/asiasana/tiivistelmä
AND	
Hoi*	tekijä/otsikko/asiasana/tiivistelmä
<p>Kotimaisissa tietokannoissa vaihtoehtoiset hakusanat on erotettu välilyönnillä ja katkaistu*-merkillä mahdollisimman laajan mutta osuvan hakutuloksen löytämiseksi Haku rajattiin vuosiväliin 2007-2014, mukaan otettiin vain kokotekstit ja asiasanojen synonyymit olivat haussa käytössä. Mukaan otettiin kaikki julkaisutyypit</p>	
↓	
Saatiin 56 julkaisua	
↓	
Otsikon ja tiivistelmän perusteella valittiin 9 julkaisua tutustuttavaksi tarkemmin	
↓	
Tämän tutustumisen perusteella hylättiin 6 julkaisua ja 1 julkaisu siksi, ettei koko tekstiä ollut enää saatavilla	
↓	
<p>JÄI:</p> <p>1 Psykoosilääkkeiden muut käyttöaiheet Viiikki, Merja Leinonen, Esa Suomen lääkirilehti - Finlands läkartidning 2012 vol. 67 no. 14-15 s. 1161-1163</p> <p>2 Muistipotilaiden masennustilojen lääkehoidon vaikutukset : systemoitu katsaus Saarinen, Jaakko Kivelä, Sirkka-Liisa Räihä, Ismo Duodecim 2010 vol. 126 no. 21 s. 2503-2509 Katsausartikkeli. English summary</p> <p>3 Ikääntyneiden psyykenlääkkeet Hartikainen, Sirpa Duodecim 2007 vol. 123 no. 21 s. 2571-2577</p>	

TAULUKKO 2. Tiedonhaku PubMed-tietokannasta

PubMed:	
depression	tekijä/otsikko/asiasana/tiivistelmä
AND	
dementia	tekijä/otsikko/asiasana/tiivistelmä
AND	
aged	tekijä/otsikko/asiasana/tiivistelmä
Englanninkielisissä tietokannoissa käytimme kokosanoja Haku rajattiin koskemaan viimeiseen kymmeneen vuoteen ajoittuvia katsausartikkeleita, joihin oli saatavana kokoteksti	
↓	
Saatiin 58 julkaisua	
↓	
Otsikon ja tiivistelmän perusteella valittiin 3 julkaisua paremmin tutustuttavaksi	
↓	
Tämän tutustumisen perusteella hylättiin 1 julkaisu	
↓	
JÄI:	
1 Evidence-Based Guideline Detection of Depression in Older Adults with Dementia Brown, E-L., Raue, P., Halpert, K.D., Adams, S. Titler, M.G. Journal of Gerontological Nursing. 2009. 35(2), 11–15	
2 Late life depression with cognitive impairment: Evaluation and treatment. Wilkins, C., Mathews, J., Sheline, Y. Clinical Interventions in Aging. 2009. 4, 51–57	

Lisäksi teimme haun Helsingin Yliopiston Dorialla (taulukko 3), joka on Kansalliskirjaston ylläpitämä julkaisuarkisto. Se sisältää usean organisaation tuottamaa sisältöä. Näin saimme teoriapohjaan lisää tutkimustietoa.

TAULUKKO 3. Tiedonhaku Doria-julkaisuarkistosta.

DORIA
Haunkohde: koko Doria Hakusana(t): "hoi* demen* masen* depres*" <p style="text-align: center;">↓</p>
Saatiin 52 julkaisua <p style="text-align: center;">↓</p>
Otsikon perusteella valittiin 5 julkaisua tutustuttavaksi tarkemmin <p style="text-align: center;">↓</p>
Tämän tutustumisen perusteella päädyttiin hylkäämään 3 julkaisua <p style="text-align: center;">↓</p>
JÄI:
Räsänen, R. 2011. Ikääntyneiden asiakkaiden elämänlaatu ympärivuorokautisessa hoivassa sekä hoivan ja johtamisen laadun merkitys sille. Väitöskirja. Rovaniemi: Lapin yliopisto, Yhteiskuntatieteiden tiedekunta
Pietilä, M., Saarenheimo, M. 2011. Iäkkäiden ihmisten masennus perusterveydenhuollossa. Tutkimuksen, hallinnon ja ammattilaisten näkökulmat. Artikkel. Gerontologia 25: 3.

Halusimme löytää edelleen lisää aineistoa, joten haimme tietoa myös Elektrasta (taulukko 4). Näin saimme teoriapohjaan lisää luotettavuutta laajemman aineiston turvin. Suoritettujen hakujen ja valintojen perusteella meille jäi lopulta 10 aineistoa, jotka vastasivat tutkimuskysymyksiimme.

TAULUKKO 4. Tiedonhaku Elektra-julkaisupalvelusta

ELEKTRA
Hakusanat: Ikääntyneet, masennus Haunkohde: ELEKTRA
↓
Saatiin 5 julkaisua
↓
Otsikon perusteella valittiin 4 julkaisua tutustuttavaksi tarkemmin
↓
Tämän tutustumisen perusteella päädyttiin käyttämään 3 julkaisua
↓
JÄI:
Heikkinen, R-L., Kauppinen, M. 2008. Iäkkäiden henkilöiden mielialan muutokset 16 vuoden pitkäaikais tutkimuksessa.
Saarenheimo, M., Arinen, S. 2009. Ikäihmisten masennuksen psykososiaalinen hoito.
Valtonen, J. 2012. Omasta elämästä kirjoittaminen vähentää ikääntyneiden masennusoireita.

Ennen tiedonhakua olemme tehneet koehakuja käyttäen vaihtoehtoisia hakutermejä. Hakutermit etsittiin Yleisestä suomalaisesta asiasanasto YSA:sta ja näitä vastaavat englannin kieliset asiasanat, Medical Subject Headings, MeSH:stä (taulukko 5).

TAULUKKO 5. Hakutermit

YSA	MeSH
Ikääntyneet	Aged
Masennus	Depression
Lääkkeetön hoito	Non-pharmacological treatment
Lääkehoito	Medications
Muistisairaus	Dementia
Hoitomenetelmät	Therapeutics

4.2 Kuvaileva kirjallisuuskatsaus

Kuvailevan kirjallisuuskatsauksen tavoitteena on yleiskatsauksen luominen saatavilla olevasta tutkimusaineistosta. Aineiston valintaa eivät määrittele tiukat säännöt. Kuvailevassa kirjallisuuskatsauksessa pyritään tutkittavan ilmiön laaja-alaiseen kuvaamiseen ja luokitteluun. Sen tarkoituksena voi olla aiemmissa tutkimuksissa esiin tulleen tiedon vahvistamisen tai kyseenalaistamisen lisäksi aiemman tiedon ristiriitojen tai puutteen tunnistaminen. (Salminen 2011, 6; Kangasniemi, Utriainen, Ahonen, Pietilä, Jääskeläinen & Liikanen 2013, 294.)

Kuvailevan kirjallisuuskatsauksen tekeminen voidaan jakaa neljään vaiheeseen, jotka ovat tutkimuskysymysten muotoilu, aineiston valinta, kuvailun rakentaminen tutkittavasta ilmiöstä sekä tulosten tarkasteleminen. Ennen lopullisten tutkimuskysymysten muodostamista tehdään yleensä

alustava kirjallisuuskatsaus, joka auttaa tutkimuskysymysten määrittelyssä. Tutkimuskysymykset tulee miettiä huolella, jotta saadun aineiston avulla aihetta voidaan tutkia riittävän syvällisesti monista näkökulmista. Seuraavassa vaiheessa valitaan aineisto, joka koostuu viimeaikaisista aiheen kannalta merkityksellisistä tutkimuksista, elektronisissa tietokannoissa sekä tieteellisissä julkaisuissa. Aineistoon voidaan ottaa mukaan myös muita kuin tieteellisiä artikkeleita, esimerkiksi pääkirjoituksia tai konferenssijulkaisuja, jos se tutkimuskysymyksiin vastaamiseksi on tarpeellista ja perusteltua. Kuvailuvaiheessa pyritään vastaamaan tutkimuskysymyksiin käyttäen kriittistä sisällönanalyysiä sekä yhdistäen eri tutkimuksista saatuja aineistoja. Tarkoituksena on löytää uusi tulkinta muuttamatta alkuperäistä tietoa. Viimeisessä vaiheessa tarkastellaan tutkimuksen tuloksia sekä arvioidaan tutkimuksen etiikkaa ja luotettavuutta. Tutkimuksen luotettavuuden varmistamiseksi tulee aineiston valinta kuvata. (Kangasniemi ym. 2013, 295 - 298.)

4.3 Sisällönanalyysi

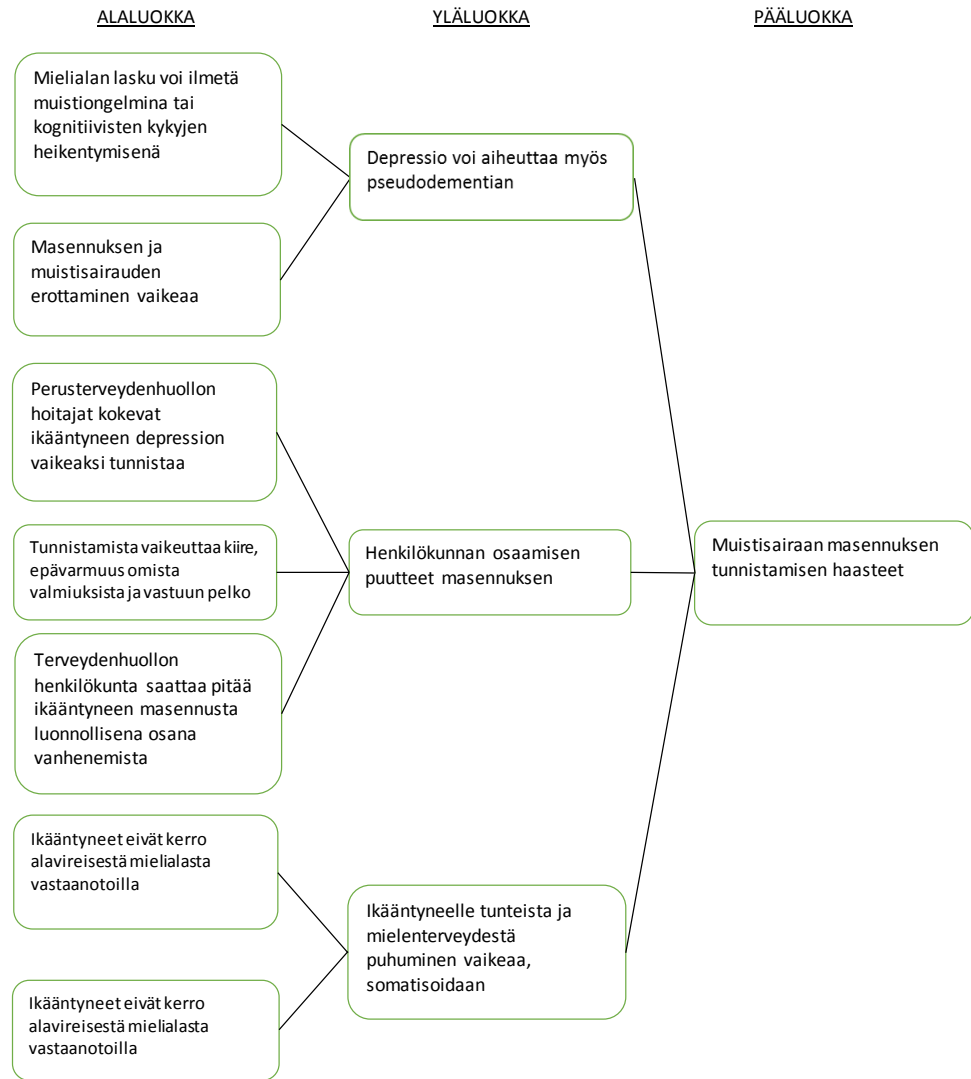
Tässä opinnäytetyössä päädyttiin sisällönanalyysin menetelmään aineiston analysoimiseksi. Sisällönanalyysi on menettelytapa, jolla voidaan analysoida dokumentteja systemaattisesti ja objektiivisesti. Tällä analyysimenetelmällä pyritään saamaan tutkittavasta ilmiöstä kuvaus tiivistetyssä ja yleisessä muodossa. (Tuomi & Sarajarvi 2013, 107 - 110.)

Kirjallisuuskatsauksen aineiston analysoinnissa käytimme apuna aineistolähtöistä sisällönanalyysiä. Aineistolähtöisessä tutkimuksessa pääpaino on aineistossa, mikä tarkoittaa teorian rakentamista aineisto lähtökohtana. Tällöin voidaan puhua induktiivisuudesta eli etenemisestä yksittäisistä havainnoista yleisempiin väitteisiin. Induktiivisen lähestymistavan lähtökohtana ei siis ole testata teoriaa tai hypoteesia, eikä tutkija määrää sitä, mikä on tärkeää. Aineistolähtöinen analyysi saattaa vaikuttaa sattumanvaraiselta ja intuitiiviselta. Tutkijan on kuitenkin tarkoitus reflektoida tekojaan, arvioida tutkimuksen luotettavuutta ja pätevyyttä niin, että lukija saa tietoa tutkimuksen taustoista ja

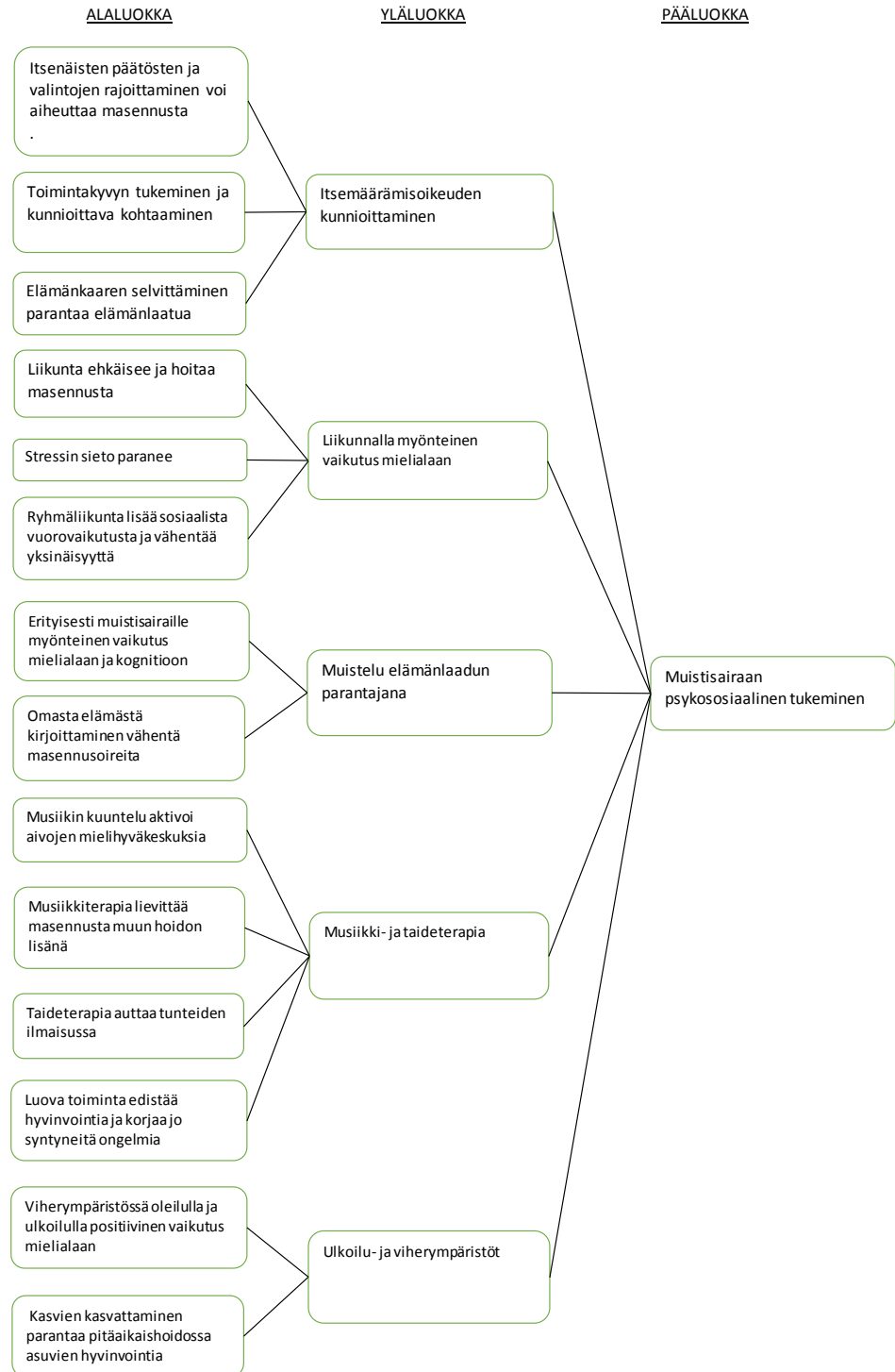
tutkimusprosessin aikana tehdyistä valinnoista. (Saaranen-Kauppinen & Puusniekka 2009–2012, 15.)

Aineistolähtöinen eli induktiivinen sisällönanalyysi voidaan kuvata summittaisesti kolmivaiheiseksi prosessiksi. Tällöin aineisto ensin redusoidaan eli pelkistetään, klusteroidaan eli ryhmitellään ja lopuksi aineisto abstrahoidaan eli luodaan teoreettisia käsitteitä. Aineiston redusoinnissa analysoitava aineisto pelkistetään niin, että aineistosta karsitaan epäolennainen pois. Ennen analyysin aloittamista tulee sisällönanalyysissa määrittää analysointiyksiköt, jotka opinnäytetyössämme olivat tutkimuskysymykset. Aineiston klusteroinnissa aineistosta etsittiin samankaltaisia ja eroavia käsitteitä, jotka kuvaavat samaa asiaa. Samaa asiaa tarkoittavat käsitteet luokiteltiin ja näin aineisto tiivistyi, sillä yksittäiset tekijät sisällytettiin yleisimpiin käsitteisiin. Tätä käsitteiden ryhmittelyä käytetään tässä nimitystä alaluokka ja edelleen alaluokkien ryhmittelyä kuvataan yläluokkana ja yläluokkien yhdistämistä pääluokkina ja näiden ryhmittelyä yhdistävänä luokkana. Aineiston klusterointia seuraa abstrahointi. Abstrahointia jatketaan yhdistelemällä luokituksia niin kauan kuin se aineiston sisällön kannalta on mahdollista. (Tuomi & Sarajärvi 2013, 107 - 113.) Kuvioissa 1 ja 2 esitellään esimerkein, kuinka aineistoa on abstrahoitu. Näin olemme saaneet ryhmiteltyä pääluokkiin tutkimuskysymysten kannalta olennaisia pääluokkia muistisairaiden masennuksen tunnistamisesta ja muistisairaiden masennuksen hoidosta.

Saatujen pääluokkien käsitteitä yhdistetään niin pitkälle kuin mahdollista ja saadaan vastaus tutkimuskysymyksen. Sisällön analyysi perustuu tulkintaan ja päättelyyn, jossa edetään empiirisestä aineistosta kohti käsitteellisempää näkemystä tutkittavasta kohteesta. (Tuomi & Sarajärvi 2013, 110 - 113.)



KUVIO 1. Muistisairaiden masennuksen tunnistamiseen liittyviä tekijöitä



KUVIO 2. Muistisairaana masennuksen hoitoon liittyviä tekijöitä

5 KIRJALLISUUSKATSAUKSEN TULOKSET

5.1 Muistisairaiden masennuksen tunnistaminen hoitotyössä

Masennuksen erottaminen muistisairauksista on haastavaa. Kognitiivisten muutosten taustalla voi olla niin dementoivien sairauksien aiheuttamat muutokset, muut somaattiset sairaudet kuin masennustilatkin. Lievän masennusoireilun tunnistaminen on ammattilaisillekin hankalaa. Alavireistä mielialaa ei aina tulkita ongelmaksi, joka kaipaisi hoitoa, vaan sen katsotaan olevan luonnollinen osa elämää. Raja masennuksen ja tavallisen, elämään kuuluvan mielialan vaihtelun välillä on häilyvä, mutta pitkään jatkuvan lievän masennuksen seuraukset vastaavat vakavan masennustilan seurauksia. Dementiaa sairastavien käytösoireet voivat olla hyvin erilaisia, kuten aggressiivisuutta, levottomuutta ja vaeltelua, unihäiriöitä, ahdistuneisuutta ja masennusta. Kaikkien käytösoireiden hoidossa tavoite on oireiden keston lyhentämisen ja esiintymisen harvenemisen lisäksi hoitajan kuormituksen vähentäminen ja potilaan elämänlaadun parantaminen. Oireiden poistaminen täysin voi olla haasteellista, joten usein kannattaa tyytyä niiden lievittymiseen. läkkäiden depressiossa muistivaikeudet ja psykomotorinen hidastuneisuus korostuvat. (Hartikainen 2007, 2576; Pietilä & Saarenheimo 2011, 167 - 168.)

Vakava depressio voi aiheuttaa myös pseudodementian (dementiaa muistuttavan tilan), joka usein voidaan hoitaa asianmukaisten masennuslääkkeiden avulla. Pseudodementia on kuitenkin melko harvinainen ja masennuksen taustalla voi olla myös alkava dementia. Masennus liittyy myös vahvasti dementoiviin sairauksiin. Tutkimusten mukaan 40 % Parkinsonin tautia sairastavista, 20–30% Alzheimerin tautia sairastavista ja 30–60% aivoinfarktipotilaista kärsii masennusoireista. (Wilkins, Mathews & Sheline 2009, 53.)

5.1.1 Muistisairaahan masennusoireiden tunnistamisen haasteet

Muistisairaiden masennuksen tunnistaminen voi olla haasteellista muistakin syistä, kuin masennuksen ja muistisairauden erottamisesta. Mielenterveysasioiden puheeksi ottaminen voi olla ikääntyneelle hyvin vaikeaa. Esteenä saattaa olla häpeän tunne ja pelko leimautumisesta. Kyseessä voivat olla myös kulttuuriset erot nuorempien ja vanhempien sukupolvien välillä. Iäkkäillä ihmisillä ei ole käytössään psykologista sanastoa, jolla he voisivat ilmaista tuntemuksiaan, vaan puhuvat ruumiillisista oireista, kuten huonosta olost, kivuista, uniongelmista ja väsymyksestä. Ikääntyneet eivät ole tottuneet kertomaan sisäisistä tuntemuksistaan. Iäkäs ihminen saattaa jättää alavireisen mielialan mainitsematta lääkärin vastaanotolla, mielessä etualalla ovat kivut ja säryt. Mielialan laskun aiheuttamat muistiongelmät tai muiden kognitiivisten kykyjen heikkeneminen vaikeuttavat myös masennuksen diagnosointia. (Saarenheimo & Arinen 2009, 209 – 210; Pietilä & Saarenheimo 2011, 167.)

Iäkkäiden ihmisten masennuksen tunnistaminen olisi luontevinta perusterveydenhuollossa terveyskeskuslääkärin tai terveydenhoitajan vastaanotolla tai kotisairaanhoidon käynnillä. Yleensä lääkärin vastaanottoaika on kuitenkin lyhyt ja lääkärin vaihtuvuus suurta, ettei potilasta edes haluta rohkaista kertomaan mielialan mahdollisesta laskusta ja elämäntilanteen muutoksista, eivätkä iäkkäät ihmiset helposti hakeudu lääkärin vastaanotolle varsinaisesti psyykkisten ongelmien takia. Terveyskeskuslääkärin osaaminen ikääntyneen masennuksen tunnistamisessa saattaa olla puutteellista. Myös perusterveydenhuollossa työskentelevät hoitajat kokevat iäkkään ihmisen masennuksen vaikeaksi tunnistaa. Muiksi esteiksi masentuneiden asiakkaiden auttamiseen he mainitsevat kiireen, omiin valmiuksiin liittyvän epävarmuuden sekä vastuun pelon. Terveydenhuollon henkilökunta mieltää ikäihmisten masennuksen usein myös luonnolliseksi osaksi vanhenemista tai siihen liittyvää elämäntilannetta eikä pidä hoitamista tarpeellisena. Usein tarvittavien mielenterveyspalveluiden piiriin pääsemiseen tarvitaan

omaisten ja kotihoidon henkilökunnan aktiivisuutta. Arviolta puolet mielenterveydellisen avun tarpeessa olevista ikääntyneistä jää Suomessa ilman asianmukaista hoitoa. Syyksi tähän tilanteeseen mainitaan koulutuksen ja osaamisen puutteet ja resurssien vähäisyys, mutta lisäksi asiaan saattavat vaikuttaa myös yksipuoliset asenteet ja käsitykset liittyen psyykkiseen vanhenemiseen. (Hartikainen 2007, 2575; Saarenheimo & Arinen 2009, 209 - 210; Pietilä & Saarenheimo 2011, 166 – 167.)

5.1.2 Masennusoireiden arviointi

Psykososiaaliset riskitekijät ikääntyneiden masennuksessa ovat yleisiä. Menetykset, fyysiset vammat, suru, stressi, sosiaalisen tuen puute, ja muutos yhteiskunnalliseen statukseen ovat tärkeimpiä riskitekijöitä. Hoitotyön kannalta olisi tärkeää tunnistaa nämä riskitekijät ja määrittää niiden vaikutus myöhäsiän depressioon. Lääkärin tulee kysyä potilailta masennuksen riskitekijöistä; onko potilaan elämässä viimeaikaisia tapahtumia, jotka voivat vaikuttaa mielenterveyteen ja elämänlaatuun. Hoitotyössä masennusoireita ja kognitiivisia muutoksia arvioitaessa tulisi hoitavaa lääkäriä konsultoida neurologinen statuksen selvittämiseksi. Kilpirauhasen toimintahäiriöiden, B12-vitamiinin puutoksen, anemian ja munuaisten toimintakyvyn vajuus tulee poissulkea laboratoriotestien avulla. (Hartikainen 2007, 2575; Wilkins, Mathews & Sheline 2009, 53.)

Omaisien tai läheisen ystävän haastattelu on erittäin tärkeä määritettäessä onko kyseessä masennus vai dementia. Yleisesti ottaen voidaan ajatella masennuksen olevan todennäköisempää, jos depressiiviset oireet alkoivat ennen tai samanaikaisesti kognitiivisten muutosten kanssa. Jos taas kognitiiviset muutokset ovat johdonmukaisia ja edeltävät masennusoireita, voidaan ajatella oireiden olevan dementoivan sairauden aiheuttamia. Haastattelun perusteella saadaan myös selville potilaan persoonallisuuden merkitys käytökseen ja mahdollisiin käytösoireisiin. On epärealistista odottaa, että vuosikymmenien aikana muotoutuneet käyttäytymispiirteet muuttuisivat sosiaalisesti hyväksyttävämpään muotoon dementoivan sairauden edetessä. Tämän vuoksi aiemman käytöshistorian selvittäminen

voi vähentää dementoivien sairauksien käytöshäiriöihin liittyvää yli-diagnoosointia. (Hartikainen 2007, 2575; Wilkins ym. 2009, 53–54.)

5.1.3 Muistisairaahan masennuksen taustatekijät

Muistisairaiden hyvinvointiin vaikuttavat muistisairauden ohella muut sairaudet ja vaivat, käytetyt lääkkeet, ravitsemustila, fyysinen ja psykososiaalinen ympäristö, vuorovaikutussuhteet ja muistisairaahan ihmisen persoonalliset ominaisuudet. Näiden osa-alueiden yksilöllinen huomiointi hoidossa parantaa muistisairaahan hyvinvointia ja vähentää ongelmalliseksi koettua käyttäytymistä. Muistisairauden tuomien kognitiivisten muutosten ymmärtäminen vaatii hoitohenkilökunnalta ammattitaitoa ja ymmärrystä. (Hartikainen 2007, 2576.)

Muistisairas voi ymmärtää tilanteita väärin, ihmissuhteiden vuorovaikutus muuttuu ja kyky säädellä käyttäytymistään vaikeutuu. Autonomian menetys voi ilmetä mustasukkaisuutena, epäluuloisuutena, toisto-oireina tai levottomuutena, jotka ulkopuolinen näkee ensisijaisesti käytösoireina. Tästä näkökulmasta oudoltakin vaikuttava toiminta voi siis olla merkityksellinen viesti muistisairaahan ihmisen yksilöllisestä selviytymisstrategiasta. Ympäristön kyvyttömyys vastata muistisairaahan ihmisen tarpeisiin voi näin heikentää hänen tilannettaan ja lisätä vuorovaikutuksellisia ongelmia. Jos käytösoireen taustalla on sairaus tai sairauden oire, kuten tulehdus, sairauden huono hoitotasapainon, kipu tai eritystoiminnan ongelma, tulisi se kokonaisuudessaan huomioida. Vieras hoitoympäristö saattaa aiheuttaa muistisairaalle levottomuutta, ahdistusta, sekavuutta ja tunteen kodittomuudesta. Tilanne useimmiten korjautuu ikääntyneen oppiessa tuntemaan hoitohenkilökunnan, päivärytmin ja virikkeet. (Hartikainen 2007, 2576; Räsänen 2011, 49 – 53.)

5.1.4 Muistisairaahan masennuspotilaan masennuksen vaikeusasteen mittaaminen

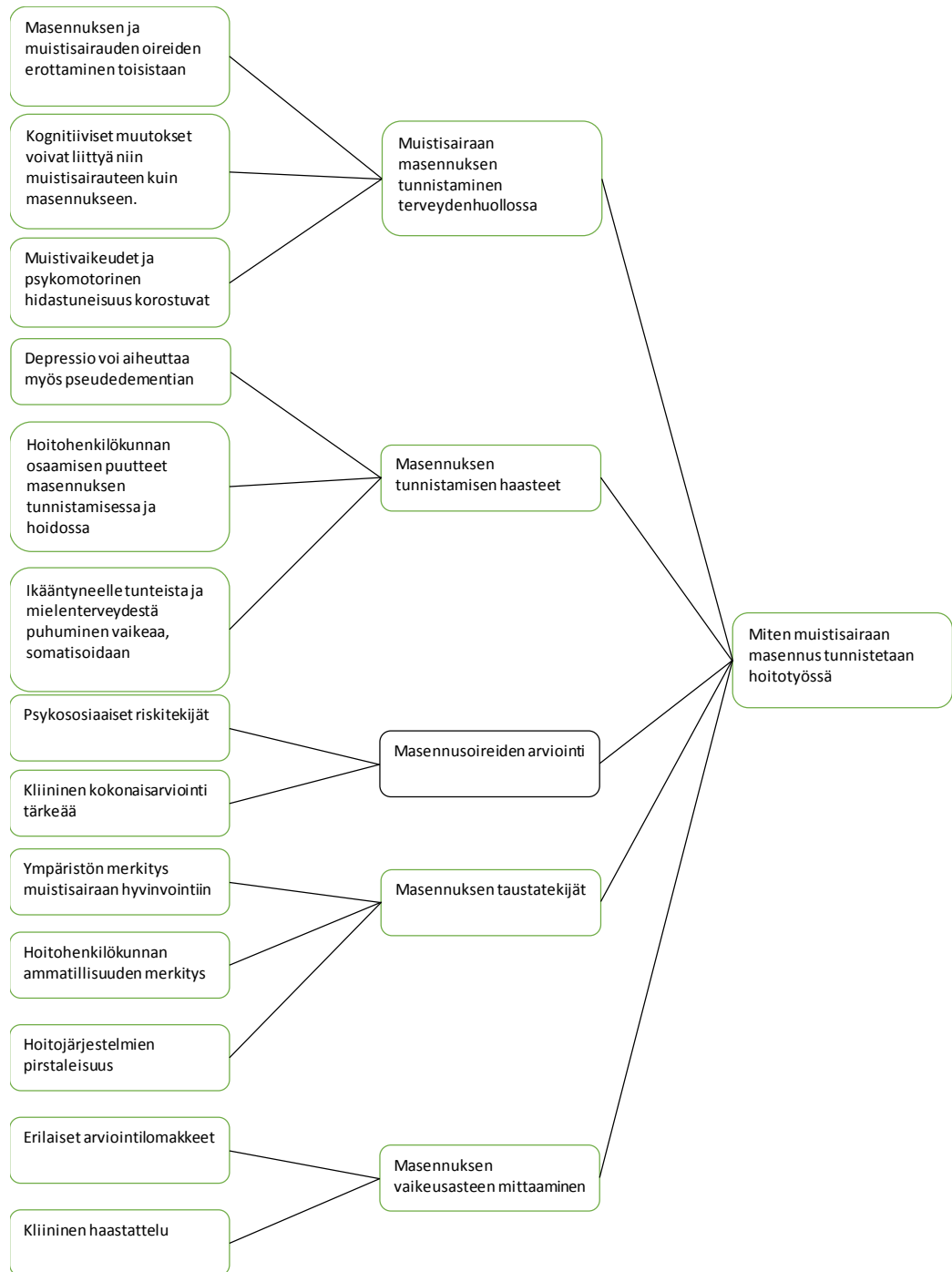
Masennusta esiintyy 20–30 %:lla lievää tai keskivaikeaa muistisairautta potevista. Esiintyvyys on hieman pienempi vaikean muistisairauden yhteydessä. Masennuksen vähenemisen saattaa selittää muistisairauden edetessä tapahtuva kognitiivinen heikkeneminen, joka vaikeuttaa masennustilan diagnosointia. Masennustilojen esiintyminen on hieman yleisempää vaskulaarista dementiaa sairastavilla kuin Alzheimer-potilailla. Jos verrataan muistipotilaita terveisiin iäkkäisiin, on masennustilojen esiintyvyys muistipotilailla jopa neljä kertaa yleisempää kuin terveillä ikääntyneillä. (Saarinen, Kivelä & Räihä 2010, 2503 – 2504.)

Luotettavimpina mittareina pidetään Hamiltonin depression arviointiasteikkoa (HAM-D) ja Cornellin masennusasteikkoa (CSDD). Cornellin masennusasteikko on ainoa muistisairaiden masennustilojen tunnistamista varten kehitetty mittari. Muut depressiomittarit on tarkoitettu keski-ikäisten ja kognitiivisesti terveiden ihmisten masennuksen ja sen vaikeusasteen määrittelyyn ja esimerkiksi paljon käytetty myöhäsiän depressio-seula GDS on suunnattu ikääntyneille kognitiivisesti terveille ikääntyneille tai korkeintaan lievästi muistisairaille. Tämän vuoksi muiden kuin CSDD-arviointimittarin käyttö voi jopa vääristää arviointitulosta, kun tutkittavana on muistisairas henkilö. Dementian varhaisvaiheessa potilaan kyky kuvata mielialaansa on säilynyt ja tällöin voidaan käyttää yleispsykiatrian tarpeisiin kehitetyjä depression arviointimittareita. Vaikeasti dementoituneilla potilailla sen sijaan monet depressiomittarit ovat epäherkkiä, koska muistisairaajat eivät kykene kokemaan depression tunnetta. Tämän vuoksi on käytettävä arviointiasteikkoa, jonka tuloksiin kognitiivinen heikkeneminen ei samalla tavalla vaikuta. CSDD-arviointimittarin etuna on, että tulos perustuu myös ulkopuolisen arvioijan, esimerkiksi hoitajan tai omaisen, huomioihin. Vaikka oikea arviointimittari on tärkeä osa masennustilan tunnistamista, niin mikään seulontamenetelmä ei korvaa potilaan kliinistä haastattelua. Depression diagnoosi perustuu aina haastattelussa todettuihin oireisiin ja sitä ei

pelkän kyselylomakkeen turvin voi tehdä. (Brown, Raue, Halpert, Adams & Titler 2009, 13; Saarinen, Kivelä & Rähä 2010, 2506.)

5.1.5 Yhteenveto muistisairaiden masennuksen tunnistamisesta hoitotyössä

Esittelemme seuraavassa kuviossa 3 masennuksen tunnistamiseen liittyviä tekijöitä, jotka näyttäytyvät tutkimustulosten mukaan hoitotyössä.



KUVIO 3. Masennuksen tunnistamiseen liittyvät tekijät hoitotyössä

5.2 Muistisairaiden masennuksen hoito kuntouttavan hoitotyön näkökulmasta

Ikääntymisen myötä elämään tulee suuria muutoksia, joihin sopeutuminen vaatii paljon voimavaroja. Ikääntynyt joutuu luopumaan monista hänelle tärkeistä asioista toimintakyvyn heikentymisen ja sairauksien myötä. (Heikkinen & Kauppinen 2008, 71.) Muistisairaiden masennuksen hoitoon on käytettävä monentyypisiä hoitomuotoja, koska masennustilojen taustalla on erilaisia tekijöitä (Saarinen, Kivelä & Rähä 2010, 2508). Yleisimmin masennusta hoidetaan lääkkeillä, vaikka psykososiaalisten hoitomuotojen tehosta on saatu tutkittua tietoa. Parhaat tulokset onkin saatu yhdistämällä näiden molempien hoitomuotojen edut. (Saarenheimo & Arinen 2009, 209, 211.) Yksilöllisten hoito-ohjelmien räätälöinnillä voidaan huomioida elämäntilanne ja lisätä yhteistyötä masennusta sairastavan ikääntyneen, ammattilaisten ja palvelujärjestelmien välillä. Myös omaiset hyötyvät saadessaan tietoa masennuksesta ja sen hoidosta. (Wilkins, Mathews & Sheline 2009, 54.)

5.2.1 Lääkehoito

Vaikka muistisairaiden masennus on yleistä, lääkehoidon tehoa siihen on kuitenkin tutkittu vähän. Hyvälaatuisia tutkimuksia on niukasti ja niistä on saatu ristiriitaisia tuloksia. Tutkimukset antavat viitteitä lääkehoidon myönteisistä vaikutuksista muistisairaiden vaikeissa masennustiloissa. Lievän masennuksen hoitoon lääkehoitoa ei suositella. Osassa tutkimuksia todettiin sertraliinin, moklobemidin ja klomipramiinin olevan vaikutuksiltaan tehokkaampia kuin lumelääke. Useassa tutkimuksessa masennusoireet lievittyivät sekä masennuslääkettä että lumelääkettä saaneiden ryhmässä. Tämä selittyy molempien hoitoryhmien saamalla tuella ja ohjauksella. Tästä syystä muistisairaiden masennustilojen hoitoon tulee, depression asteesta riippumatta, kuulua psykososiaalista tukea. Sen sijaan trisyklisten masennuslääkkeiden tehosta ei ole näyttöä. Aiheesta tarvittaisiin lisää tutkimusta. (Saarinen ym. 2010, 2503, 2507.)

Vakavin masennuslääkkeiden käytöstä aiheutuva haittavaikutus on serotoniinisyndrooma. Sen oireita ovat mm. agitaatio, hikoilu, vapina, ripuli ja lämmön nousu. Sille voi altistaa esimerkiksi karbamatsapiinin ja tramadolien käyttö samanaikaisesti masennuslääkkeen kanssa. Lääkkeiden ja muistisairaiden masennuslääkehoidon seuranta on tärkeää, koska heillä on suurempi vaara sairastua serotoniinioireyhtymään. Trisyklisiä masennuslääkkeitä ei suositella ikääntyneiden hoitoon, koska niistä aiheutuu herkästi antikolinergisiä haittavaikutuksia kuten suun kuivumista, ummetusta, väsymystä ja huimausta. Lisäksi ne voivat lisätä kaatumisvaaraa aiheuttamalla ortostaattista hypotoniaa. (Saarinen ym. 2010, 2508.)

Psykoosilääkkeitä voidaan käyttää lisälääkkeenä vaikean depression hoidossa. Ketiapiinilla on virallinen käyttöaihe vaikean masennuksen hoitoon masennuslääkkeen rinnalla. Ketiapiinia on kokeiltu masennuksen hoitoon myös monoterapiana kohtalaisen hyvin tuloksin. Tältä käyttöiheelta puuttuu kuitenkin viranomaisten hyväksyntä. Eri psykoosilääkkeiden tehosta lisälääkkeenä ei ole näyttöön perustuvaa tietoa, joten keskinäisiä vertailuja ei voida tehdä. (Viikki & Leinonen 2012, 1162.)

Kaksi yleisintä syytä lääkehoidon tehottomuuteen ovat liian lyhyt lääkehoidon kesto ja alimitoitettu annostus. Lääkekokeilua tulisi jatkaa ainakin kahdeksan viikkoa ja annosta nostaa vähitellen ylemmälle tasolle, jos vastetta lääkehoidolle ei ilmaannu. Lääkkeen vaikutuksen alkaminen kestää vähintään kaksi viikkoa ja optimaaliseen tulokseen päästään 8-12 viikossa, joten on viisasta odottaa vähintään kaksi viikkoa ennen lääkeannoksen nostoa. (Wilkins ym. 2009, 54.)

5.2.2 Muistisairaahan psykososiaalinen tukeminen

Psykososiaalisilla interventioilla tarkoitetaan yleensä ei-lääkkeellistä hoitoa. Niillä pyritään hyvinvoinnin edistämiseen ja olemassa olevien voimavarojen tukemiseen. Psykososiaalinen hoito ja lääkehoito eivät ole toisensa poissulkevia tekijöitä, vaan niiden järkevällä yhdistämisellä saavutetaan usein hyviä hoitotuloksia. (Saarenheimo & Arinen 2009, 211.)

Muistisairaahan psyykkisten voimavarojen tukeminen on tärkeää elämänlaadun kannalta. Heikentynyt toimintakyky sekä itsenäisten päätösten ja valintojen rajoittuminen saattaa aiheuttaa masennusta ja ahdistusta. Ympäri vuorokautisessa hoivassa ikääntyneen muistisairaahan kokonaistilanne ja toimintakyky tulee arvioida. Omaisilta saatu tieto on tärkeää selvitetäessä vanhuksen elämänkaarta ja -tyyliä. Näiden huomioimisella voidaan parantaa ikääntyneen elämänlaatua myös siinä vaiheessa kun hän ei enää kykene puhumaan. Koska muistisairaus kaventaa ikääntyneen mahdollisuuksia tehdä asioita itsenäisesti, tulee hoitotyössä tukea hänen toimintakykyään ja mahdollisuuksien mukaan kunnioittaa itsemääräämisoikeutta. Muistisairaahan arvostavalla ja kunnioittavalla kohtaamisella voidaan tukea hyvinvointia ja omanarvon tunnetta. (Räsänen 2011, 84 - 86.)

Liikunnan on todettu lisäävän iäkkäiden henkilöiden psyykkistä hyvinvointia, se sekä ehkäisee että hoitaa masennusta. Varsinaisena hoitokeinona sen on todettu olevan yhtä tehokasta kuin lääkehoito. Liikunnan myönteinen vaikutus on jaettu psykologisiin ja fysiologisiin teorioihin. Psykologisina tekijöinä pidetään lisääntyntä itsearvostusta, hallinnan tunnetta sekä stressin sietoa. Ryhmäliikuntaan osallistuminen myös lisää sosiaalista vuorovaikutusta ja vähentää yksinäisyyden tunnetta. Fysiologiset teoriat perustuvat verenkierron ja hapenkuljetuksen paranemiseen, hermoston välittäjäaineisiin sekä endorfiineihin, joita elimistö tuottaa liikunnan aikana. Ikääntyneiden kanssa työskentelevien tulisi tiedostaa liikunnan merkitys masennuksen ehkäisyssä ja hoidossa ja

kannustaa liikuntaharrastuksen aloittamiseen. (Saarenheimo & Arinen 2009, 215.)

Oman elämän ja menneisyyden pohtimista pidetään ikääntymiseen kuuluvana ilmiönä. Muistelun merkitystä ikääntyneiden masennukseen on tutkittu jonkin verran ja tulokset ovat olleet ristiriitaisia. Joissakin tutkimuksissa sen on kuitenkin todettu parantavan elämänlaatua ja erityisesti muistisairaiden hoidossa muistelun on osoitettu vaikuttavan myönteisesti mielialaan, käyttäytymiseen ja kognitioon. Muistelu käsitteena sisältää erilaisia menetelmiä, joissa ohjattuna kerrataan omaan menneisyyttä yksin tai ryhmässä. Apuna voidaan käyttää esimerkiksi musiikkia, kuvia tai kirjallisuutta. Omasta elämästä kirjoittamisen vaikutusta ikääntyneiden masennusoireiden lievittämiseen on tutkittu ja tulokset ovat olleet rohkaisevia. Kahdeksan viikon ajan kokoontuneeseen kirjoitusryhmään osallistuneiden masennusoireet vähenivät huomattavasti verrattuna vertailuryhmään. (Saarenheimo & Arinen 2009, 216; Valtonen 2012, 453.)

Musiikkiterapiassa välineenä käytetään musiikin kuuntelua, rytmia, musiikin tuottamista tai laulua. Musiikkiterapian vaikutuksista ikääntyneiden masennukseen ei ole tehty paljon tutkimuksia, sen sijaan neurobiologisten tutkimusten mukaan musiikin kuuntelu aktivoi aivojen niin sanottuja mielihyvakeskuksia. Tulokset rohkaisevat käyttämään musiikkiterapiaa muun hoidon lisänä lievittämässä masennusta ja lisäämässä hyvinvointia esimerkiksi pitkäaikaishoidossa. (Saarenheimo & Arinen 2009, 216.)

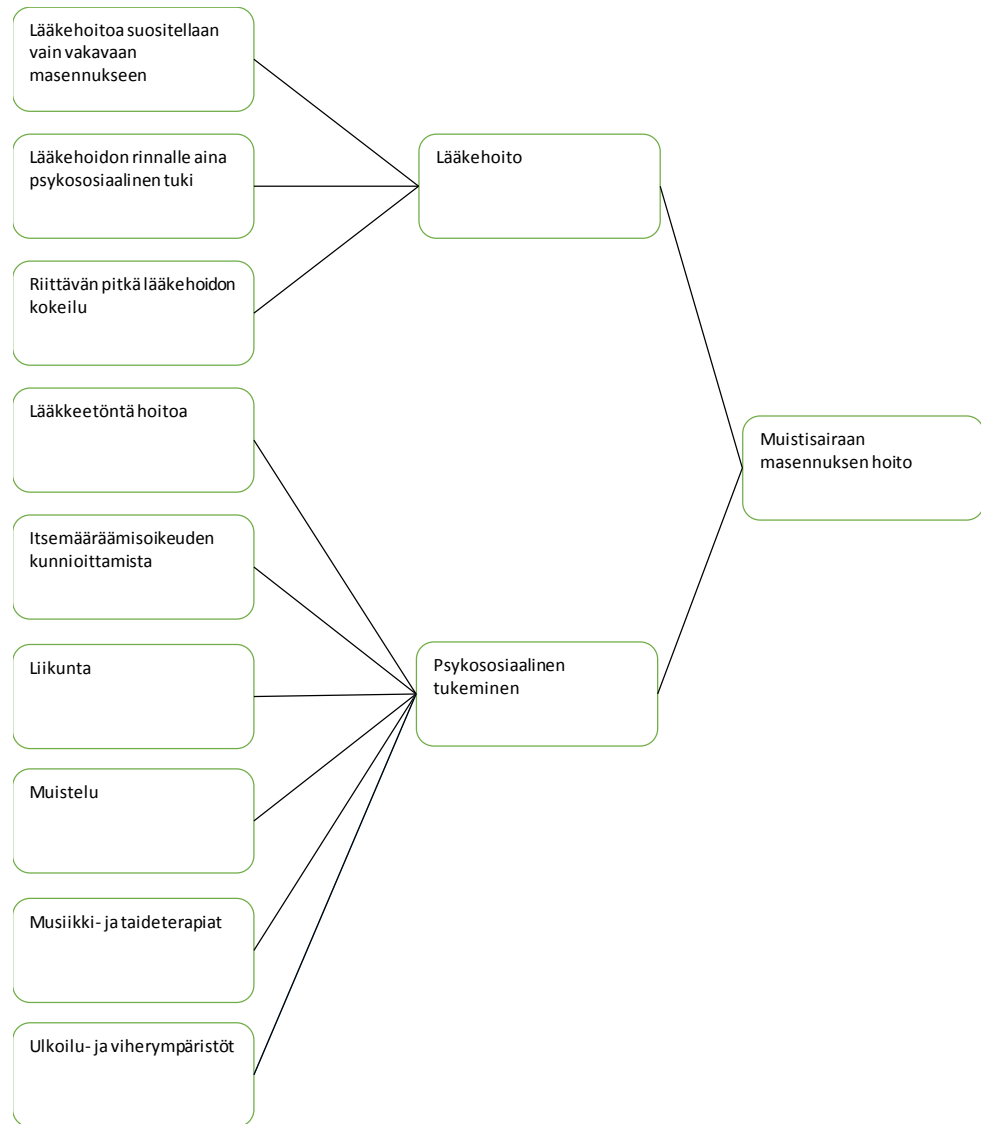
Luovan toiminnan on todettu auttavan ihmisen psyykkisen ja fyysisen hyvinvoinnin edistämässä ja jo syntyneiden ongelmien korjaamisessa. Ikääntyneiden taideterapiassa toiminnallinen ryhmätaideterapia on yleisin muoto. Ikääntyneiden hoidossa korostuvat usein fyysiset vaivat ja niiden lääketieteellinen hoito. Taideterapiaa käyttäen voidaan kohdata myös psyykkiset tarpeet kokonaisvaltaisesti, se auttaa ikääntyntä tunteiden ilmaisussa ja säätelyssä. Taideryhmiin osallistuneiden ikääntyneiden on

tutkittu käyvän harvemmin lääkärissä, käyttävän vähemmän lääkkeitä sekä kokevan vointinsa paremmaksi. (Saarenheimo & Arinen 2009, 217.)

Viherympäristössä oleilu ja ulkoilu vaikuttaa positiivisesti mielialaan, rauhoittaa mieltä ja palauttaa voimavaroja. Pitkäaikaishoidossa asuvien hyvinvoinnin on todettu paranevan antamalla heille mahdollisuus kasvien kasvattamiseen. Vaikka tutkimuksia aiheesta on tehty vähän, niistä saatuja tuloksia voidaan pitää rohkaisevina. (Saarenheimo & Arinen 2009, 217.)

5.2.3 Yhteenveto masennuksen hoidosta kuntouttavan hoitotyön näkökulmasta

Esittelemme seuraavassa kuviossa 4 masennuksen hoitoon liittyviä tekijöitä, jotka näyttäytyvät tutkimustulosten mukaan muistisairaiden masennuksen hoidossa kuntouttavan hoitotyön näkökulmasta.



KUVIO 4. Masennuksen hoitoon liittyvät tekijät kuntouttavassa hoitotyössä

6 POHDINTA

6.1 Tulosten tarkastelu ja johtopäätökset

Opinnäytetyön tavoitteena oli koota yhteen tutkittua tietoa siitä, miten muistisairaiden masennus tunnistetaan hoitotyössä ja mitä hoitotyön keinoja masennuksen hoidossa käytetään. Opinnäytetyön tuloksista kävi ilmi, että muistisairaiden masennuksen tunnistaminen on haastavaa. Kognitiivisten muutosten taustalla voi olla niin somaattiset sairaudet, masennustilat kuin dementoivat sairaudetkin. Hoitajat näkevät masennusoireilun usein elämään kuuluvaksi mielialan vaihteluksi ja toisaalta kokevat iäkkään ihmisen depression vaikeaksi tunnistaa ja katsovat auttamisen esteenä olevan myös kiireen, epävarmuuden omista valmiuksistaan sekä vastuun pelon. Syinä tähän ongelmalliseen tilanteeseen on pidetty koulutuksen ja osaamisen puutteellisuutta sekä resurssien vähäisyyttä, mutta osittain myös psyykkistä vanhenemista koskevista yksipuolisia käsitteitä ja asenteita. (Pietilä & Saarenheimo 2011, 166 - 167.) Masennusoireiden arvioinnissa ja huomioinnissa on myös haasteita. Toisaalta ikääntyneiden masennukseenkin on kehitetty paljon hyviä arviointilomakkeita, mutta masennuksen diagnosointia varten tärkeintä on kuitenkin muistisairaahan käytöksen ja mielialan, sekä sen muutosten havainnointi sekä muistisairaahan ja hänen omaistensa kliininen haastattelu. (Hartikainen 2007, 2575; Wilkins ym. 2009, 53 - 54.)

Yksilöllisellä hoito-ohjelmalla voidaan huomioida elämäntilanne ja lisätä yhteistyötä masennusta sairastavan ikääntyneen, ammattilaisten ja palvelujärjestelmien välillä. Masennuksen hoitoon on käytettävissä psykososiaalisia keinoja ja lääkehoitoa. Tutkimusten mukaan paras vaste saavutetaan käyttämällä molempia. (Saarenheimo & Arinen 2009, 211.) Tutkimukset antavat viitteitä lääkehoidon myönteisistä vaikutuksista muistisairaiden vaikeissa masennustiloissa, mutta lievän masennuksen hoitoon lääkehoitoa ei suositella. Tehdyissä tutkimuksissa masennusoireet lievittyivät sekä masennuslääkettä että lumelääkettä saaneilla. Tämä selittynee molempien hoitoryhmien saamalla tuella ja ohjauksella. Tästä

syystä muistisairaiden masennustilojen hoitoon tulee kuulua psykososiaalista tukea. (Saarinen, Kivelä & Räihä 2010, 2503, 2507.) Psykososiaaliseen tukeen kuuluu monia käytännön työkaluja, joita voidaan toteuttaa muistisairaiden eri hoitoympäristöissä. Liikunnan on todettu olevan vaikutuksiltaan masennuslääkkeen kaltaisen lievityksen masennusoireisiin. Sen on todettu vaikuttavan iäkkäiden henkilöiden psyykkiseen hyvinvointiin sekä ehkäisevämällä että lievittämällä masennusoireita. Muistelu on toinen psykososiaalinen hoitokeino, joka tutkimusten mukaan parantaa elämänlaatua ja erityisesti muistisairaiden hoidossa muistelun on osoitettu vaikuttavan myönteisesti mielialaan, käyttäytymiseen ja kognitioon. Lisäksi luovan toiminnan on todettu auttavan ihmisen psyykkisen ja fyysisen hyvinvoinnin edistämässä ja jo syntyneiden ongelmien korjaamisessa. Viherympäristössä oleilu ja ulkoilu vaikuttaa positiivisesti mielialaan, rauhoittaa mieltä ja palauttaa voimavaroja. (Saarenheimo & Arinen 2011, 215 -217; Valtonen 2012, 453.)

Tutkimustuloksia olemme lisäksi kuvanneet edellä kuvioissa 3 ja 4. Näiden tarkoituksena on tuoda lukijalle selkeä kokonaiskuva tutkimustulosten tuloksista ja luoda yhteenveto niin muistisairaiden masennuksen tunnistamisesta kuin hoidosta.

6.2 Opinnäytetyön eettisyys ja luotettavuus

Opinnäytetyömme on tehty kuvailevan kirjallisuuskatsauksen keinoin. Tavoitteenamme on ollut luoda kattava ja luotettava yleiskatsaus saatavilla olevasta tutkimusaineistosta. Olemme miettineet opinnäytetyömme eettisyyttä ja luotettavuutta jo aiheen valinnasta lähtien. Tutkimuseettisen neuvottelukunnan ohjeen mukaan tieteellinen tutkimus voi olla eettisesti hyväksyttävä ja luotettava vain, jos tutkimus on suoritettu hyvän tieteellisen käytännön edellyttämällä tavalla (Tutkimuseettisen neuvottelukunnan ohje 2012, 6). Hyvää tieteellistä käytäntöä koskevien

ohjeiden soveltamista määrittelee lainsäädäntö. Hyvä tieteellinen käytäntö on myös osa tutkimusorganisaatioiden laatujärjestelmää. Hyvään tieteelliseen käytäntöön kuuluu, että tutkimuksessa sovelletaan tieteellistä tutkimusta kriteerien mukaisesti ja eettisesti kestäviä tutkimus-, tiedonhankinta- ja arviointimenetelmiä ja että tutkimuksessa syntynyt tietoaaineisto tallennetaan tieteelliselle tiedolle asetettujen vaatimusten edellyttämällä tavalla.

Opinnäytetyön tekeminen kahdestaan lisäsi mielestämme työn eettisyyttä ja luotettavuutta. Opinnäytetyöstä käyty pohdinta ja keskustelu on mielestämme lisännyt luotettavuutta, kriittistä ajattelua ja objektiivisuutta tutkimusaineiston arviointiin ja yleiskatsauksen luomiseen.

Koska kuvailevan kirjallisuuskatsauksen aineistonvalintaa eivät rajaa tiukat säännöt, korostuvat opinnäytetyön tekijöiden valinnat ja raportoinnin eettisyys kaikissa kirjallisuuskatsauksen vaiheissa. Opinnäytetyön prosessin tulee edetä johdonmukaisesti ja läpinäkyvänä alusta johtopäätöksiin asti. Tehdyt aineistovalinnat tulee perustella. Kuvailevan kirjallisuuskatsauksen luotettavuus voi heikentyä johtuen tutkimustulosten valikoivasta ja yksipuolisesta tarkastelusta tai tutkimuksen teoreettisen taustan heikkoudesta. Aineiston keruun tavoin myös johtopäätösten tekeminen voi olla subjektiivista ja saman aineiston tarkastelu voi johtaa erilaisiin johtopäätöksiin. (Kangasniemi ym. 2013, 296 - 298.)

Työssämme käytimme aineistolähtöistä sisällönanalyysia. Tällä keinoin aineisto ensin pelkistettiin, sen jälkeen ryhmiteltiin ja lopuksi luotiin teoreettisia käsitteitä. Hakuprosessin aikana etsittiin tutkimuksia neljästä eri tietokannasta. Jokaisesta tutkimuksesta etsittiin alkuperäistutkimus, jotta tulokset olisivat mahdollisimman luotettavia. Kaikki tutkimukset olivat kahdeksan vuoden sisällä tehtyjä tieteellisiä aineistoja. Tällä halusimme varmistaa, että tieto oli mahdollisimman ajantasaista. Työssämme käytetyt lähteet ovat löytyneet luotettavista lähteistä ja tunnetuista julkaisuista. Olemme myös tutustuneet huolellisesti ja puolueettomasti lähdemateriaaliimme ja etsineet sitä mahdollisimman kattavasti

saadaksemme laajan ja luotettavan tietoperustan työllemme. Olemme kuvanneet hakuprosessin, teoreettisen käsitteiden luomisen sekä tulosten luokittelun selkeästi työssämme sanoittamalla vaiheet ja tehneet niistä myös selkeyttävät taulukot, jotka ovat lukijoiden nähtävillä.

Tutkimustuloksia olemme pyrkineet tuomaan esiin niin, ettei alkuperäistä tietoa ole vääristelty eikä lukijaa ole johdettu harhaan.

Työelämäkumppanimme toimivalle Lahden kaupunginsairaalan osastolle L21 tulee potilaiksi myös muistisairaita, joten tieto heidän masennuksensa tunnistamisesta hyödyttää myös osastolla työskentelevää henkilökuntaa. Esittelimme opinnäytetyömme heille osastotunnilla, jotta mahdollisimman moni pääsisi kuuntelemaan opinnäytetyömme tutkimustuloksia.

6.3 Opinnäytetyön hyödynnettävyys ja jatkotutkimusaiheet

Tutkimuksissa nousi esille muistisairaiden depression hoitojärjestelmän pirstaleisuus sekä hoitohenkilökunnan ja hoitoyksiköiden tiedon puute dementoituneen masennuksen tunnistamisesta ja hoidosta.

Kokonaisvaltaisen hoidon saanti on usein haastavaa ja sen toteutuminen asianmukaisella tavalla edellyttää asiantuntevaa ja moniammatillista yhteistyötä. Toivomme tämän opinnäytetyön osaltaan tuovan hoitohenkilökunnalle uutta tietoa ja lisäävän myös kriittistä pohdintaa muistisairaiden masennuksen tunnistamisesta ja hoidosta, ja näin kehittävän muistisairaiden masennuksen hyvää hoitoa.

Jatkotutkimusaiheena voisi olla mielenkiintoista järjestää dementoituneiden hoitoyksikössä henkilökunnalle ja omaisille osallistava koulutus muistisairaana masennuksen tunnistamisesta ja hoidosta.

Koulutuksen merkitystä voisi arvioida muistisairailta masennustestin avulla ennen ja jälkeen henkilökunnan koulutuksen ja yhteisesti sovittujen työyksikön kuntouttavien ja systemaattisten toimintatapojen muutosten. Näin voitaisiin nähdä tukitoimien merkitys hoidossa muistisairaiden hyvinvointiin.

Toisaalta olisi myös mielenkiintoista tehdä jatkotutkimushanke moniammatillisen yhteistyön mahdollisuuksista ikääntyneiden masennuksen hoidossa. Tänäpäivänä muistisairaana masennuksen hoito painottuu pitkälti eri hoitojärjestelmissä lääkehoitoon, joka on vain osa hoitomahdollisuuksista. Muistisairaana masennuksen kokonaisvaltaisen hoidon moniammatilliseen osaamiseen ja kehittämiseen voitaisiin vaikuttaa jo opiskeluaikana luomalla yhteistyötä eri ammattiryhmien kesken esimerkiksi hanketyöskentelynä sairaanhoitajaopiskelijoiden, fysioterapeuttiopiskelijoiden ja sosionomiopiskelijoiden kesken. Näin moniammatillisuuden tuomat mahdollisuudet ja kehittämistarpeet tulisivat selkeästi esiin jo opiskeluaikana ja kyvyt moniammatillisuuden hyödyntämiseen kasvaisivat jo opiskeluaikana.

Kuten edellä on jo todettu, muistisairaiden määrä tulee kasvamaan tulevaisuudessa ja dementian lisäksi yksinäisyys ja masennus ovat keskeisiä vanhuusiän ongelmia. Lisäksi sosiaali- ja terveysalan työssä on huomioitava kasvava resurssipula ja muut talouteen vaikuttavat asiat, jotka vaikuttavat henkilöstön ja palvelujen toimintaan. Siksi ikääntyneiden hoitopalveluiden kehittäminen tulee olemaan haaste tulevaisuudessa ja laadukas kehitystyö kaipaakin niin asenteiden muutosta, uuden tiedon ja toimintatapojen omaksumista kuin tahtoa vaikuttaa masennuksen ennaltaehkäiseviin toimenpiteisiin.

LÄHTEET

Atula, S. 2012. Vaskulaarinen dementia (verenkiertoperäinen muistisairaus). Suomalainen lääkäriseura Duodecim. Terveyskirjasto [viitattu 15.3.2015].

Saatavissa:http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dIk01106

Brown, E.L., Raue, P., Halpert, K.D., Adams, S. & Titler, M.G. 2009. Evidence-Based Guideline Detection of Depression in Older Adults with Dementia. Journal of Gerontological Nursing, 35(2), 11–15 [viitattu 12.1.2015]. Saatavissa:

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2891505/>

Dementia: a public health priority. 2012. World Health Organization. 2-4. [viitattu 17.10.2014]. Saatavissa:

http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/75263/1/9789241564458_eng.pdf?ua=1

Depressio. 2014. Suomalainen lääkäriseura Duodecim, Käypä hoito -suositukset [viitattu 10.11.2014]. Saatavissa:

<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suositukses/suositus;jsessionid=E0ECF6E7EF8B0385F5C0D3DC7D4900F4?id=hoi50023>

Haarni, I., Viljanen, M. & Hansen, M. 2014. Ikääntyvä mieli, mielen hyvinvointia vanhetessa. Suomen Mienterveysseura [viitattu 23.3.2015]. Saatavissa:

http://www.mielenterveysseura.fi/sites/default/files/materials_files/ikaantyvamieli_final.pdf

Hartikainen, S. 2007. Ikääntyneiden psyykenlääkkeet. Duodecim,123(21), 2571-7 [viitattu 12.1.2015]. Saatavissa:

http://www.duodecimlehti.fi/web/guest/25haku;jsessionid=DC5592DB7934DBFD17366CF2C2D3AC0?p_p_id=Article_WAR_DL6_Articleportlet&p_p_lifecycle=0&_Article_WAR_DL6_Articleportlet_p_frompage=uusinnumero&

[_Article WAR_DL6_Articleportlet_viewType=viewArticle& Article WAR_DL6_Articleportlet_tunnus=duo96845](#)

Heikkinen, R.-L. & Kauppinen, M. 2008. Iäkkäiden henkilöiden mielialan muutokset 16 vuoden pitkäaikaisessa tutkimuksessa. *Gerontologia* 22(2), 71-81 [viitattu 29.3.2015]. Saatavissa:

<http://elektra.helsinki.fi.aineistot.lamk.fi/se/g/0784-0039/22/2/iakkaide.pdf>

Huttunen, M. 2014. Masennus. Suomalainen lääkäri-seura Duodecim. Terveyskirjasto [viitattu 10.11.2014]. Saatavissa:

http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00389

Juva, K. 2007. Dementia ja depressio. *Duodecim*, 123(10), 1231-7 [viitattu 13.12.2014]. Saatavissa:

<http://www.terveyskirjasto.fi/xmedia/duo/duo96488.pdf>

Kangasniemi, M., Utriainen, K., Ahonen, S.-M., Pietilä, A.-M., Jääskeläinen, P. & Liikanen, E. 2013. Kuvaileva kirjallisuuskatsaus: eteneminen tutkimuskysymyksestä jäsennettyyn tietoon. *Hoitotiede*, 25(4), 291-301

Kelhä, P. 2006. Kuntouttavan hoitotyön sisältö sotainvalidien laitoshoidossa. Hoitohenkilökunnan näkökulma. Pro-Gradu -tutkielma. Oulun yliopisto. Hoitotieteen ja terveystieteiden laitos

Kuntouttava hoitotyö. 2010. Suomalainen lääkäri-seura Duodecim, Käypä hoitosuosituksien [viitattu 10.11.2014]. Saatavissa:

<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksien/suositus?id=nix01138>

Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveyspalveluista 980/2012.

Muisti ja muistisairaudet. 2015. Muistiliitto [viitattu 1.2.2015]. Saatavissa:

<http://www.muistiliitto.fi/fi/muisti-ja-muistisairaudet/>

Muistisairaudet. 2010. Suomalainen lääkäriseura Duodecim. Käypä hoitosuosituksset [viitattu 17.10.2014]. Saatavissa:

<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/suositus?id=hoi50044#NaN>

Pietilä, M. & Saarenheimo, M. 2011. Iäkkäiden ihmisten masennus perusterveydenhuollossa. Tutkimuksen, hallinnon ja ammattilaisten näkökulmat. Gerontologia, 25(3), 165-176 [viitattu 16.2.2015]. Saatavissa:

<http://elektra.helsinki.fi/se/g/0784-0039/25/3/iakkaide.pdf>

Pirttilä, T. 2004. Muistihäiriöisen ja dementoituvan henkilön kuntoutuksen mahdollisuudet. Teoksessa: Heimonen, S. & Voutilainen, P. (toim.) Dementoituvan ihmisen kuntoutuksen lupaus. Helsinki: Tammi Oy, 11-21.

Routsalo, P. 2004. Kuntoutumista edistävä hoitotyö laitoksessa.

Teoksessa: Heimonen, S & Voutilainen, P. (toim.) Dementoituvan ihmisen kuntoutuksen lupaus. Helsinki: Tammi Oy, 86-93.

Räsänen, R. 2011. Ikääntyneiden asiakkaiden elämänlaatu

ympäri vuorokautisessa hoivassa sekä hoivan ja johtamisen laadun

merkitys sille. Väitöskirja. Rovaniemi: Lapin yliopisto, Yhteiskuntatieteiden tiedekunta [viitattu 12.1.2015]. Saatavissa: http://www.doria.fi/bitstream/handle/10024/72064/R%C3%A4s%C3%A4nen_Riitta_DORIA.pdf?sequence=4

Saaranen-Kauppinen, A. & Puusniekka, A. 2006. KvaliMOTV -

Menetelmäopetuksen tietovaranto [viitattu 12.1.2015]. Saatavissa:

<http://www.fsd.uta.fi/menetelmaopetus/>

Saarenheimo, M. & Arinen, S. 2009. Ikäihmisten masennuksen

psykososiaalinen hoito. Gerontologia, 23(4), 209-221 [viitattu 22.2.2015].

Saatavissa: <http://elektra.helsinki.fi.aineistot.lamk.fi/se/g/0784-0039/23/4/ikaihmis.pdf>

Saarinen, J., Kivelä, S.-L., Räihä, I. 2010. Muistipotilaiden masennustilojen lääkehoidon vaikutukset - systemoitu katsaus. Duodecim, 126(21), 2503-9

[viitattu 26.8.2014]. Saatavissa:

http://www.duodecimlehti.fi/web/guest/arkisto?p_p_id=Article_WAR_DL6_Articleportlet&p_p_action=1&p_p_state=maximized&p_p_mode=view&p_p_col_id=column-1&p_p_col_count=1&viewType=viewArticle&tunnus=duo99175

Salminen, A. 2011. Mikä kirjallisuuskatsaus? Johdatus kirjallisuuskatsauksen tyypeihin ja hallintotieteellisiin sovelluksiin. Vaasan yliopiston julkaisuja. Opetusjulkaisu 62 [viitattu 17.10.2014]. Saatavissa: http://www.uva.fi/materiaali/pdf/isbn_978-952-476-349-3.pdf

Suomen virallinen tilasto (SVT): Väestöennuste [verkkopublication]. 2012. Liitetaulukko 1. Väestö ikäryhmittäin koko maa 1900–2060 (vuodet 2020–2060:ennuste). Helsinki: Tilastokeskus [viitattu: 3.2.2015]. Saatavissa: http://www.stat.fi/til/vaenn/2012/vaenn_2012_2012-09-28_tau_001_fi.html

Suontaka-Jamalainen, K. 2011. Muistisairaahan käytösoireet ja toimintakyky vanhuspsykiatrisessa osastohoidossa. Pro gradu -tutkielma. Tampere: Tampereen yliopisto, Terveystieteiden yksikkö [viitattu 13.3.2015]. Saatavissa: <https://tampub.uta.fi/bitstream/handle/10024/82639/gradu05331.pdf?sequence=1>

Tamminen, N. & Solin, N. (toim.) 2013. Mielenterveyden edistäminen ikääntyneiden asumis- ja hoivapalveluissa. Terveyden- ja hyvinvoinnin laitos [viitattu 23.3.2014]. Saatavissa: http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/110485/THL_OPA2013_027_verkko.pdf?sequence=1

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2013. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. 11. uudistettu laitos. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Tutkimuseettisen neuvottelukunnan ohje. Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausepäilyjen käsitteleminen Suomessa.2012. [viitattu 23.3.2015] Saatavissa: http://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/HTK_ohje_2012.pdf

Valtonen, J. 2012. Omasta elämästä kirjoittaminen vähentää ikääntyneiden masennusoireita. Psykologia 47(5/6), 453 [viitattu

25.3.2015]. Saatavissa: <http://elektra.helsinki.fi.aineistot.lamk.fi/se/p/0355-1067/47/5-6/omastael.pdf>

Viikki, M & Leinonen, E. 2012. Psykoosilääkkeiden muut käyttöaiheet. Suomen lääkärilehti 67(14-15), 1161-1163 [viitattu 25.3.2015]. Saatavissa: <http://www.fimnet.fi.aineistot.lamk.fi/cgi-cug/brs/artikkeli.cgi?docn=000037428>

Wilkins, C., Mathews, J. & Sheline, Y. 2009. Late life depression with cognitive impairment: Evaluation and treatment. Clinical Interventions in Aging, 4, 51–57 [viitattu 26.8.2014]. Saatavissa: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2685224/>

Vuori, I. 2010. Ikääntymiseen liittyviä fysiologisia muutoksia ja liikunta. Suomalainen lääkäriseura Duodecim. Käypä hoito -suositukset [viitattu 15.3.2015]. Saatavissa: <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/suositus?id=nix01182>

Vähäkangas, P. 2010. Kuntoutumista edistävä hoitajan toiminta ja sen johtaminen pitkäaikaisessa laitoshoidossa. Väitöskirja. Oulu: Oulun yliopisto, Terveystieteiden laitos [viitattu 28.3.2015]. Saatavissa: <http://herkules oulu.fi/isbn9789514262319/isbn9789514262319.pdf>