



samk



Satakunnan ammattikorkeakoulu  
Satakunta University of Applied Sciences

IRENE MIKKONEN JA ANNARIINA NASKALI

# **Muistisairauteen ja masennukseen liittyvät oireet ikääntyneiden kes- kuudessa**

Kuvaileva kirjallisuuskatsaus

HOITOTYÖN KOULUTUSOHJELMA  
2020

Tekijät Mikkonen, Irene Naskali, Annariina	Julkaisun laji Opinnäytetyö, AMK	Päivämäärä Marraskuu 2020
	Sivumäärä 65	Julkaisun kieli Suomi
Julkaisun nimi <b>Muistisairauteen ja masennukseen liittyvät oireet ikääntyneiden keskuudessa</b>		
Tutkinto-ohjelma Hoitotyön koulutusohjelma		
<p>Tiivistelmä</p> <p>Opinnäytetyömme aiheena oli muistisairauteen ja masennukseen liittyvät oireet ikääntyneiden keskuudessa. Tarkoituksena oli selvittää näihin liittyviä oireita ja niiden yleisyyttä. Tavoitteena oli tuottaa tietoa yleisimpien etenevien muistisairauksien ja ikääntyneiden masennuksen oireista. Opinnäytetyö on tehty kuvailevana kirjallisuuskatsauksena ja tilaajana oli Satakunnan ammattikorkeakoulu. Tietoa haettiin Cinahlista, Google Scholarista, Medicistä, PubMedistä, Sage Journalista ja ScienceDirectistä. Tutkimusaineisto sijoittuu vuosien 2010-2020 välille. Aineistokielenä oli suomi tai englanti. Aineisto on analysoitu hyödyntäen teorialähtöistä sisällönanalyysejä.</p> <p>Opinnäytetyön tuloksista kävi ilmi, että etenevien muistisairauksien oirekirjo on hyvin laaja. Suurimmat haasteet liittyivät muistitoimintoihin, tiedonkäsittelyyn ja käytösoireisiin. Lähi- ja tapahtumamuistin heikentyminen sekä uuden oppimisen vaikeus kuuluvat erityisesti Alzheimerin taudin oireisiin. Käytösoireiden ilmeneminen saattaa olla muistisairauteen ensioire. Niiden esiintyminen jo lievässäkin muodossa sekä esiintymistiheys ovat yhteydessä riskiin sairastua muistisairauteen. Yleisimmät käytösoireet olivat apaattisuus, levottomuus, ahdistuneisuus, ärtyneisyys sekä masennus. Etenevissä muistisairauksissa vaikeudet aikaan ja paikkaan orientoitumisessa ovat hyvin yleisiä.</p> <p>Tulosten mukaan masennuksen tyypillisimmät oireet liittyivät tunne- ja tahtoelämään, fyysisiin sekä kognitiivisiin toimintoihin. Tunne-elämän oireista merkittävimmät olivat tyytymättömyys elämään, tyhjyyden tunne, toivottomuus, mielialan lasku, ahdistus sekä yksinäisyys. Fyysiset oireet liittyivät eniten jaksamiseen ja vireystilaan. Jokaisella masentuneella iäkkäällä todettiin vähintään yksi somaattinen vaiva. Kognitiivisiin toimintoihin liittyvistä oireista avuttomuuden tunne oli selvästi yleisin. Itsekriittisyys tuli myös esille vahvasti. Tahtoelämän oireista motivaatiotason laskua tapahtuu valtaosalla masentuneista iäkkäistä, jonka seurauksena he luopuvat harrastuksistaan liikuntaa lukuunottamatta.</p> <p>Opinnäytetyössä on tarkasteltu muistisairauteen ja masennukseen liittyviä oireita kansainvälisellä tasolla. Jatkotutkimusehdotuksena olisi kuvata oireita kohdennetusti Satakunnan alueella.</p>		
Asiasanat Muistisairaudet, masennus, ikääntyneet, oireet		

Authors Mikkonen, Irene Naskali, Annariina	Type of Publication Bachelor's thesis	Date November 2020
	Number of pages 65	Language of publication: Finnish
Title of publication <b>Symptoms of dementia and depression in the elderly</b>		
Degree program Degree program in nursing		
<p>Abstract</p> <p>The subject of our thesis was symptoms of dementia and depression in the elderly. The purpose was to examine these symptoms and their prevalence. The goal of the thesis was to produce data on the most common memory loss diseases and depression among elderly. Descriptive literature review was used as the research method and the orderer of this thesis was Satakunta University of Applied Sciences. Research data was found from Cinahl, Google Scholar, Medic, PubMed, Sage Journal and ScienceDirect. The data is focused between years 2010-2020. The data that was selected, was published in Finnish or in English. The research data was analysed using theory-based content analysis.</p> <p>The research results showed that progressive memory loss diseases have a wide range of symptoms. Most of them were related to memory, cognitive functions and neuropsychological symptoms. The loss of short-term and episodic memory, as well as difficulties learning new abilities, were specifically related to Alzheimer's disease. Neuropsychological symptoms can be one of the earliest symptoms of dementia. Onset of these symptoms, even in mild forms, as well as the frequency of the symptoms, were related to the risk of developing memory loss disease. The most common neuropsychological symptoms were apathy, agitation, anxiety, irritability and depression. Difficulties orientating time and place were highly common in progressive memory loss diseases.</p> <p>According to results, the most common symptoms of depression in the elderly were connected to affective and volitional life, physical as well as cognitive functions. The most significant symptoms of affective life were dissatisfaction in life, feelings of emptiness, hopelessness, decreased mood, anxiety and loneliness. Physical symptoms were mostly related to lack of energy and vitality. Every depressed elderly had at least one somatic symptom. Feeling of helplessness was clearly the most prominent cognitive symptom. Also, self-criticism came out strong. Of the volitional symptoms, decreased state of motivation is prevalent in most of the depressed elderly which results in giving up hobbies, except for exercising.</p> <p>This thesis examines symptoms of dementia and depression in international level. For further research subject, we suggest collecting research about these symptoms specifically in Satakunta area.</p>		
Key words Dementia, depression, elderly, symptoms		

# SISÄLLYS

1 JOHDANTO .....	6
2 YLEISIMPIEN ETENEVIEN MUISTISAIRAUKSIEN OIREET .....	8
2.1 Yleisimmät etenevät muistisairaudet ja niiden oireet .....	9
2.2 Muistisairaahan käytösoireet .....	13
3 IKÄÄNTYNEIDEN MASENNUKSEN OIREET .....	18
3.1 Affektiiviset oireet .....	20
3.2 Fyysiset oireet .....	22
3.3 Kognitiiviset oireet.....	24
3.4 Volationaaliset oireet .....	26
4 MUISTISAIRAUDEN JA MASENNUKSEN SEULONTA .....	27
4.1 Muistisairauden seulonta.....	27
4.2 Ikääntyneiden masennuksen seulonta .....	28
5 TARKOITUS, TAVOITE JA TUTKIMUSKYSYMYKSET .....	30
6 TUTKIMUSMENETELMÄ JA AINEISTON KÄSITTELY .....	30
6.1 Kuvaileva kirjallisuuskatsaus.....	31
6.2 Sisällönanalyysi .....	32
7 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTUS .....	33
7.1 Aineiston raja.....	34
7.2 Aineiston haku .....	35
7.3 Aineiston analyysi.....	38
7.4 Aikataulu .....	42
8 TULOKSET .....	43
8.1 Orientaatiohäiriöt muistisairauden oireena .....	44
8.2 Muistihäiriöt muistisairauden oireena.....	45
8.3 Agnosia muistisairauden oireena .....	46
8.4 Afasia muistisairauden oireena .....	46
8.5 Apraksia muistisairauden oireena .....	47
8.6 Käytösoireet muistisairauksissa .....	48
8.7 Affektiiviset oireet masennuksesta kärsivillä ikääntyneillä.....	51
8.8 Fyysiset oireet masennuksesta kärsivillä ikääntyneillä.....	53
8.9 Kognitiiviset oireet masennuksesta kärsivillä ikääntyneillä .....	54
8.10 Volationaaliset oireet masennuksesta kärsivillä ikääntyneillä.....	55
8.11 Seulontamenetelmänä käytettyjen testien luotettavuus.....	55
9 POHDINTA .....	56
9.1 Tulosten tarkastelu ja johtopäätökset.....	57

9.2 Eettisyys ja luotettavuus.....	61
9.3 Jatkotutkimushaasteet .....	65
LÄHTEET	
LIITTEET	

## 1 JOHDANTO

Ikääntyneiden osuus maailman väkiluvusta on kasvanut viime vuosikymmenien aikana. Vuonna 2018 koko Euroopan väkiluvusta 65-vuotiaita ja sitä vanhempia oli 19,7%, joka on 0,3% enemmän edellisvuoteen ja jopa 2,6% enemmän kymmenen vuoden takaiseen tilanteeseen verrattuna. (Eurostatin [www-sivut 2019](#).) Pelkästään Suomessa ikääntyneitä (yli 65-vuotiaita) on noin 20% koko väestön lukumäärästä eli yli miljoona. Suomessa elinajanodote on suhteellisen korkea, naisilla keskimäärin 84,1 vuotta ja miehillä 78,4 vuotta. Tämän odotetaan edelleen nousevan tulevilla sukupolvilla. Elinajanodotteen nousun myötä muistisairauksia sairastavien lukumäärä lisääntyy. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen [www-sivut 2020](#); Terveyskylän [www-sivut 2019](#).)

Maailmanlaajuisesti muistisairaiden määrä oli vuonna 2015 lähes 50 miljoonaa. Luvun ennustetaan kaksinkertaistuvan joka 20. vuosi. Suomessa sairastuneita on arviolta yli 190 000 ja vuosittain todetaan noin 14 500 uutta tapausta. Sairastuneet ovat pääasiassa yli 80-vuotiaita, mutta myös työikäisistä yli 7000 henkilöllä on diagnosoitu etenevä muistisairaus. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen [www-sivut 2019](#).)

Yleisimmät etenevät muistisairaudet ovat Alzheimerin tauti, aivoverenkiertosairauden muistisairaus, otsa-ohimolohkorappeuma sekä Lewyn kappale-tauti. (Käypä hoito 2020). Monet ihmiset kokevat muistivaikeuksia. Iän myötä erilaiset häiriötekijät voivat vaikuttaa muistijäljen syntymiseen sekä vaikeuttavat tiedonkäsittelyä. Lisäksi muistiin vaikuttavat monet muut tekijät, kuten stressi, unihäiriöt, kiputilat ja lääkitykset, masennus sekä alkoholi. Tärkeää on selvittää oireen syy ja hoitaa se asianmukaisesti. (Erkinjuntti ym. 2015, 29.) Ikääntyneistä 20 – 55% kärsii eriasteisista muistioireista, mutta vain osalla heistä on etenevään dementiaan johtava sairaus. Arvion mukaan, joka kolmannella huonosti muistitestissä menestyneellä diagnosoidaan jokin muistisairaus. (Erkinjuntti, Remes, Rinne & Soininen 2015, 36.)

Yli 264 miljoonaa ihmistä kärsii masennuksesta maailmanlaajuisesti. Se on johtava toimintakyvyttömyyden syy joka puolella maailmaa ja vie taloudellisesti hyvin paljon resursseja. (WHO:n www-sivut n.d.) Suomessa 65 vuotta täyttäneistä noin 3 – 5 %:lla todetaan vakava-asteinen, diagnostiset kriteerit täyttävä masennustila. Jopa joka viidenneksellä todetaan lievempiä masennuksen oireita. Hoitamattomana myös lieväoireinen masennus voi heikentää toimintakykyä ja elämänlaatua. (Mielenterveystalon www-sivut n.d.)

Ikääntyneiden masennuksen oireprofiilissa on erityisiä ominaispiirteitä, jotka ilmentävät yksilön elämänhistoriaa sekä sen hetkistä psykososiaalista elämäntilannetta. Iän tuomat neurobiologiset, fysiologiset, psykologiset sekä sosiaaliset muutokset tuovat oman lisän oireilulle. Iäkkään omat voimavarat ovat keskeisessä asemassa muutoksiin sopeutumisessa. Esimerkiksi erilaiset sairaudet, toimintakyvyn heikkeneminen, läheisten menetys sekä oman kuoleman reaalin lähestyminen ovat psyykkistä tasapainoa horjuttavia tekijöitä. (Mielenterveystalon www-sivut n.d.)

Opinnäytetyön tilaajana oli Satakunnan ammattikorkeakoulu ja yhteyshenkilönä Anu Holm. Tarkoituksena oli selvittää muistisairauteen ja masennukseen liittyviä oireita sekä niiden yleisyyttä ikääntyneiden keskuudessa. Tavoitteena oli tuottaa ja koota yhteen tietoa muistisairauksien ja masennuksen oireista. Tutkimusmenetelmänä on käytetty kuvailevaa kirjallisuuskatsausta.

## 2 YLEISIMPIEN ETENEVIEN MUISTISAIRAUKSIEN OIREET

Muistisairaudella tarkoitetaan sairautta, joka heikentää muistia ja muita tiedonkäsittelyn eli kognition osa-alueita. Näiden toimintojen heikentymisestä käytetään usein myös käsitettä dementia. Dementia ei ole erillinen sairaus, vaan taustalla olevasta muistisairaudesta johtuva oireyhtymä, jossa muisti ja tiedonkäsittely ovat heikentyneet niin paljon, että se haittaa päivittäisistä toiminnoista selviytymistä. (Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksen www-sivut 2020.) Ongelmia muistin kanssa voi ilmetä myös muista kuin muistisairaudesta johtuvista syistä. Niitä voi ilmetä, jos aivojen tiedonkäsittelyyn keskittyvä alue vaurioituu. Myös aivojen hermosolujen ja hermoverkkojen sekä aineenvaihdunnan häiriöt saattavat vaikuttaa muistin huononemiseen. Kuitenkin yksi suurimmista syistä muistioireille ovat etenevät muistisairaudet. Yleisimpiä eteneviä muistisairauksia ovat Alzheimerin tauti, aivoverenkiertosairauden muistisairaus, otsa-ohimolohkorappeuma sekä Lewyn kappale-tauti (Käypä hoito 2020.)

Dementiassa ilmenevä muistihäiriö näkyy tyypillisesti niin uuden oppimisen vaikeutena kuin vaikeutena muistaa vanhaa tietoa. Täytyy kuitenkin huomioida, että nimi- ja tilamuistin heikkeneminen on osa normaalia vanhenemista. Myös työmuistin heikkeneminen on normaalia ja tämä näkyy vaikeutena pitää monta eri asiaa samaan aikaan mielessä. Muita dementialle ominaisia piirteitä ovat afasia (vaikeus ymmärtää ja tuottaa puhetta), apraksia (tahdonalaisten liikkeiden häiriö) sekä agnosia (vaikeus ymmärtää näkemäänsä). Dementiaa sairastavan on hankala suunnitella päivittäisiä toimintojaan ja jäsentää kokonaisuuksia. Etenkin vaikeassa dementiassa esiintyy usein erilaisia käytöshäiriöitä. (Huttunen 2018.) Vaikea dementia on kuolemaan johtava sairaus, jonka loppuvaihetta kuvaa pitkäaikainen toimintakyvyn heikkeneminen sekä runsas hoidon tarve (Antikainen, Konttila, Virolainen & Strandberg 2013, 914).

Muistisairaus voi tulla kenelle tahansa, niin nuorelle kuin vanhalle, mutta tunnetuin syy muistisairauden syntyyn on kuitenkin ikä. Riski sairastua kasvaa henkilön ollessa 65-70 vuotta ja sitä vanhempi. Etenkin iäkkäämpien ihmisten masennuksen ja muistisairauden välillä on myös havaittu yhteys. Muita syitä sairastumiselle voivat olla Downin oireyhtymä sekä sukurasite. Epäterveelliset elämäntavat, kuten tupakointi ja alkoholin liiallinen juominen lisäävät todennäköisyyttä muistisairauteen omalta osaltaan.



Myös sydän- ja verisuonitaudit sekä 1- ja 2-tyypin diabetes, etenkin jos hoitotasapaino on huono, lisäävät sairastumisen riskiä. (Suomen Seniorihoivan www-sivut n.d.)

## 2.1 Yleisimmät etenevät muistisairaudet ja niiden oireet

**Alzheimerin tauti** on kattaa etenevistä muistisairauksista noin 70 % eli on niistä selvästi yleisin (Erkinjuntti ym. 2015, 119). Tauti aiheuttaa hermosolujen kuolemaa ja aivokudoksen rappeutumista. Tämän takia aivojen koko pienenee huomattavasti ja vaikutus ulottuu melkein kaikkeen aivotoimintaan. Etenkin ikääntyneiden keskuudessa Alzheimerin taudin ja vaskulaarisen kognitiivisen heikentymän sekamuoto on yleinen. (Terveystieteiden tutkimuskeskuksen www-sivut 2020.)

Suurin osa tautiin sairastuneista on yli 65-vuotiaita, mutta sitä esiintyy nuoremmillaikin. Monesta eri tekijästä riippuen, Alzheimerin taudin kanssa voi taudin puhjettua elää 4-20 vuotta. (Suomen Seniorihoivan www-sivut n.d.)

Alzheimerin tautiin kuuluu tyypillisesti lähi- ja tapahtumamuistin heikentyminen sekä vaikeudet uuden oppimisessa. Ennen helposti ja rutiinisti toteutetut tehtävät, kuten pesukoneen käynnistys, eivät välttämättä enää onnistukaan. Sovittuja tapaamisia ei muisteta ja nimet tahtovat unohtua. Myös tuttujen tarinoiden toistaminen ja samojen kysymysten toistelu ovat merkkejä alkavasta muistisairaudesta. Sairastunut ei edes muistuttuna muista, mitä hetki sitten tapahtui ja kahden asian samanaikainen mielessä pitäminen on haastavaa. (Huttunen 2018.) Alzheimerin tauti onkin tyypiltään yleensä amnestinen eli muistipainotteinen (noin 85 %). Alzheimerin tauti voi alkaa muistioireiden lisäksi myös niin sanotuilla epätyypillisillä oireilla, esimerkiksi vaikeuksina toiminnanohjauksessa ja nähdyn hahmottamisen kanssa tai kielellisenä oireena. (Erkinjuntti ym. 2015, 119.)

Ajantajun kadottaminen sekä epätietoisuus olinpaikasta ja siitä, miten ja miksi sinne on päätyntä, ovat yleisiä Alzheimerin taudin oireita. Uudet paikat saattavat herättää levottomuutta. Kaupassa maksaminen saattaa vaikeutua, sillä numeroiden kanssa toimiminen ei ole enää helppoa. Suunnittelua ja keskittymistä vaativat tehtävät vaikeutuvat ja myös käytösoireita alkaa ilmaantua. Niiden esiintyvyys vaihtelee taudin eri

vaiheissa. (Erkinjuntti ym. 2015, 120.) Vetäytyneisyys, ärtyvyys, ahdistuneisuus sekä apatia ovat esimerkkejä psyykkisistä muutoksista erityisesti taudin alkuvaiheessa. Sairastuneella saatetaan todeta myös seksuaalisia käytösoireita. (Suomen Seniorihoivan www-sivut n.d.)

Alzheimerin taudissa nykyisyyden ja menneisyyden tapahtumat sekoittuvat keskenään yhä herkemmin. Apaattisuus lisääntyy ja ilman muiden kannustusta omatoiminen tekeminen jää vähemmälle. Harhaluuloisuus on tavallisinta juuri keskivaikeassa Alzheimerin taudissa. Noin 20-50 %:lla sairastuneista esiintyy tämän tyyppisiä oireita. Mustasukkaisuusharhaluulot ovat myös tyyppillisiä. Lisääntyvä epävarmuus sekä yksin jäämisen pelko johtavat takertumiseen ja jatkuvaan perässä kävelemiseen. Masennus ja pelkotilat ovat myös yleisiä. (Erkinjuntti ym. 2015, 125.)

Vaikeassa Alzheimerin taudissa käytösoireet ovat moninaisia ja niitä esiintyy lähes kaikilla sairastuneilla. Apatiaa esiintyy yli 90 %:lla. Vastustelu, agitaatio sekä levoton vaeltelu ovat yleisiä oireita. Myös masentuneisuutta ilmenee, mutta enimmäkseen ahdistuneisuutena ja yleisenä levottomana käyttäytymisenä. Sisäinen uni-valverytmi saattaa hävitä ja tämä johtaa siihen, että päivät torkutaan ja yöt valvotaan. Sairastuneella saattaa ilmetä auringonlaskuilmion oireita, eli illanaikaista levottomuutta. (Erkinjuntti ym. 2015, 125.) Alla olevaan taulukkoon (taulukko 1) on koottu yhteen erilaisia Alzheimerin taudin oireita.

Taulukko 1. Alzheimerin taudin oireet.

<b>Alzheimerin taudin oireet</b>		
- Lähi- ja tapahtumamuistin heikkeneminen	- Keskittymisvaikeudet	- Vetäytyneisyys
- Vaikeudet uuden oppimisessa	- Ajantajun kadottaminen	- Ärtyvyys
- Vaikeudet nähdyn hahmottamisessa	- Epätietoisuus olinpaikasta	- Ahdistuneisuus
- Kielelliset vaikeudet	- Uni-valverytmin muutokset	- Apatia
- Toiminnanohjauksen heikentyminen	- Käytösoireet	- Masennus, masentuneisuus
- Matemaattisten taitojen heikentyminen	- Harhaluulot	- Pelkotilat
	- Levottomuus	
	- Vastustelu	

**Aivoverenkiertosairauden muistisairaus eli vaskulaarinen kognitiivinen heikentyminen** (VCI = vascular cognitive impairment) on oireyhtymä, joka liittyy moniin eri verisuonivauriooperäisiin tekijöihin ja aivoverenkiertohäiriöihin. VCI on siis yläkäsite aivoverenkiertosairauksista johtuville muistin sekä tiedonkäsittelyn heikentymisille, jotka ovat eriasteisia ja eri syistä johtuvia. (Erkinjuntti & Melkas 2016.) VCI:n keskeiset alatyypit ovat pienten aivoverisuonten tauti, suurten aivoverisuonten tauti ja tiedonkäsittelyn kannalta kriittiseen kohtaan tulleen aivoverenvuodon aiheuttamat tilat (Erkinjuntti ym. 2015, 137).

Vaskulaarinen kognitiivinen heikentyminen alkaa usein enemmänkin toiminnanohjauksen, kuin muistin, heikkenemisellä. Oireet alkavat jopa päivissä tai viikoissa. Ne eivät etene tasaisesti, sillä vaihtelua huonojen ja hyvien päivien välillä saattaa tapahtua. (Atula 2019.) Oireita voivat olla muun muassa äkilliset lihasheikkoudet (toinen puoli kehosta saattaa halvaantua hetkeksi), puhehäiriöt sekä haasteet suunnittelua ja keskittymistä vaativissa tehtävissä. Mielialavaihteluista johtuen sairastuneelle voi tulla masennusta tai hän voi muuttua aikaisempaa tunteellisemmaksi. Kävely vaikeutuu ja kävelytyyliä on vaikea muuttaa yrityksistä huolimatta. (Suomen Seniorihoivan www-sivut n.d.) Alla olevaan taulukkoon (taulukko 2) on koottuna erilaisia vaskulaarisen kognitiivisen heikentymän oireita.

Taulukko 2. Vaskulaarisen kognitiivisen heikentymän oireet.

Vaskulaarisen kognitiivisen heikentymän oireet	
- Toiminnanohjauksen heikentyminen	- Mielialanvaihtelut
- Puhehäiriöt	- Masennus
- Keskittymisvaikeudet	- Vaikeutunut käveleminen
	- Äkilliset lihasheikkoudet

**Otsa-ohimolohkorappeumissa** aivojen kuduskato on suurinta otsalohkoissa sekä ohimolohkojen etuosissa. Otsalohkodementia muodostaa suurimman ryhmän (yli puolet) eri rappeumatyypeistä, mutta sen osuus on vain noin 5 % kaikista etenevistä muistisairauksista. Tauti alkaa melko hitaasti ja vähän kerrallaan. Muisti- sekä tiedonkäsittelytoiminnot säilyvät tavallisesti taudin alkuvaiheessa. Sen sijaan hankaluudet toiminnanohjauksessa sekä päättely- ja ongelmanratkaisukyvyissä tulevat esiin jo varhain. Ensimmäiset oireet liittyvät yleensä myös käytökseen sekä persoonallisuuteen. (Erkinjuntti ym. 2015, 172.)

Sairastunut muuttuu yleensä estottomammaksi ja impulsiivisemmaksi, hän ärtyy helposti ja sosiaaliset taidot saattavat heikentyä varhaisessa vaiheessa. Henkilökohtaisen hygienian laiminlyönti ja ylensyöminen ovat myös mahdollisia muutoksia. Lukemisen, kirjoittamisen sekä puheen kanssa tulee ongelmia, mitkä ilmenevät änkytyksenä, hitautena, sanajärjestyksen vääristymisenä ja puheen sisällön köyhtymisenä. (Suomen Seniorihoivan www-sivut n.d.)

Sairastuneen diagnostiset tutkimukset aloitetaan usein vasta kielellisten vaikeuksien myötä. Sairautentunnottomuus voi aiheuttaa jopa maniaa muistuttavan tilan, jos vauhti kasvaa kovin suureksi. Sairauden edetessä oirekuvaan yleensä astuu apaattisuutta ja aloitekyvyttömyyttä. (Juva 2014.) Alla olevaan taulukkoon (taulukko 3) on koottuna erilaisia otsa-ohimolohkorappeuman oireita.

Taulukko 3. Otsa-ohimolohkorappeuman oireet.

Otsa-ohimolohkorappeuman oireet	
- Toiminnanohjauksen heikkeneminen	- Hygienian laiminlyönti
- Päättely- ja ongelmanratkaisukykyjen heikkeneminen	- Ylensyöminen
- Sosiaalisten taitojen heikkeneminen	- Kielelliset vaikeudet
- Muutokset käytöksessä ja persoonallisuudessa	- Puhehäiriöt
- Estottomuus, impulsiivisuus	- Aloitekyvyttömyys
- Ärtynisyys	
- Apatia	

**Lewyn kappale –taudissa** Lewyn kappaleita, eli poikkeavia proteiinikertymiä, löytyy aivojen limbisen järjestelmän rakenteista ja aivokuorelta. Noin puolella sairastuneista löytyy myös Alzheimerin tautiin viittaavia muutoksia. Tauti on hieman yleisempi miehillä ja sitä esiintyy yleensä vain 50 ikävuoden jälkeen. Lewyn kappale –tauti alkaa hitaasti ja sen kesto vaihtelee kahdesta vuodesta kahteentoista vuoteen. Tautiin viittaavia piirteitä ovat muun muassa liikkeiden hidastuminen ja jäykkyys sekä herkkyyys psykoosilääkkeille (sekavuutta ja kävelykyvyttömyyttä jo pienistä annoksista). Taudin alkuvaiheeseen eivät tyypillisesti kuulu muistiongelmät, vaan alkuvaiheen etenevä tapahtumamuistin heikkeneminen viittaa Lewyn kappale –taudin ja Alzheimerin taudin sekamuotoon. (Erkinjuntti ym. 2015, 166.)

Lewyn kappale –taudin tyypillisiin oireisiin kuuluvat jo varhaisessa vaiheessa ilmaantuvat elävät ja yksityiskohtaiset näköharhat. Näitä ilmenee 30-60 %:lla Lewyn kappale –tautiin sairastuneilla, kun taas esimerkiksi Alzheimerin taudissa vastaava luku on 5-15 %. Alussa näköharhat otetaan todesta, mutta selityksen jälkeen jotkut sairastuneista ymmärtävät niiden epätodellisuuden. Harhaluuloista taas yleisimpiä ovat vainoharhat ja ne voivat jopa olla taudin ensimmäinen oire. Lewyn kappale –taudissa saattaa esiintyä REM-unen aikaisia käytösoireita. Ääntelyt ja raajojen voimakas liikuttelu johtuvat vilkkaista, pelottavistakin unista. (Erkinjuntti ym. 2015, 166.) Alla olevaan taulukkoon (taulukko 4) on koottu Lewyn kappale -taudin oireita.

Taulukko 4. Lewyn kappale-taudin oireet.

Lewyn kappale-taudin oireet	
- Liikkeiden hidastuminen ja jäykkyys	- Näköharhat
- Herkkyys psykoosilääkkeille	- Harhaluulot
- REM – unen aikaiset käytösoireet	- Etenevä tapahtumamuistin heikkeneminen (sekamuodossa)

## 2.2 Muistisairaahan käytösoireet

Muistisairaahan käytösoireilla tarkoitetaan käytöksen muutokseen liittyviä sekä psykologisia haitallisia oireita. Sekä vaikean että lievän muistisairausdiagnoosin saaneista noin 90 prosentilla ilmenee jossain sairautensa vaiheessa elämää haittaavia käytösoireita. Osassa muistisairauksissa käytösoireet ovat osa diagnostisia kriteereitä. Käytösoireet ovat omaisia ja hoitajia eniten kuormittavia muistisairauden oireita. Sen lisäksi ne ovat suurin syy, miksi sairastunut joutuu laitoshoitoon. (Erkinjuntti ym. 2015, 90-91.)

Ensimmäinen merkki muistisairaudesta saattaa olla juurikin muutos käyttäytymisessä. Käytösoireet alkavat usein vähitellen ja ne saatetaan selittää normaaleina vanhuuden vaivoina. Muistisairaalla itsellään saattaa olla sairaudentunnottomuutta eikä näin ollen koe toimintakykynsä alentuneen. Nämä tekijät vaikeuttavat sairauden tunnistamista. Yleisimpiä alkavan muistisairauden oireita tarkastelemalla voidaan asiakas kuitenkin

diagnosoida jo varhaisessa vaiheessa ja näin saattaa hoidon piiriin. Tämä on tärkeää, sillä käytösoireet altistavat muistipotilaita myös uusille, esimerkiksi loukkaantumisista aiheutuville sairauksille. Terveiden ja toimintakyvyn säilymistä mahdollisimman pitkään voidaan edistää muistipotilaalle suunnatulla kuntoutuksella sekä lääkityksellä. Samalla lisätään niin potilaan kuin hänen läheistensäkin elämänlaatua. (Erkinjuntti ym. 2015, 90.)

Ihmisen peruspersoonallisuuden ja elämäkokemusten tiedetään vaikuttavan käytösoireiden kehittymiseen sekä sairaudesta selviytymiseen (Muistiliiton www-sivut 2020). Muistisairas, jonka persoonallisuutta ovat hallinneet epäluuloisuus, ahdistuneisuus, aggressiiviset tai dominoivat piirteet, kärsii todennäköisemmin käytösoireista kuin muut sairastuneet. Eri persoonallisuuden piirteet saattavat sairauden myötä korostua, kuten saituus ja mustasukkaisuus, tai saattaa ilmetä uusia piirteitä, kuten ahmimista. Lisäksi ongelmat muistin, keskittymisen ja toiminnanohjauksen kanssa korostuvat apatiasta, masennuksesta ja ahdistuneisuudesta kärsivillä muistisairailla. (Hallikainen, Mönkäri & Nukari 2014, 48.)

Masennuksen esiintyminen on sidoksissa muistisairausdiagnoosiin, mutta keskimäärin noin 5-15 %:lla muistisairaista esiintyy vaikeaa masennusta ja noin 25 %:lla lievää masennusta (Koponen & Saarela 2010, 504). Yksittäisiä masennusoireita ilmenee noin puolella kaikista muistisairaista jossain sairauden vaiheessa. Tavallisimmin sairastunut on masentunut alkuvaiheessa, kun muistin ja tiedonkäsittelyn ongelmat ovat vielä lieviä tai keskivaikeita. Muistisairaudesta johtuvat masennusoireet ovat ajallisesti kuitenkin lyhytkestoisempia kuin muut käytösoireet. (Käypä hoito 2020.)

Masennuksen ja muistisairauden yhteyksiä on tutkittu ja muun muassa on huomattu, että masennus vaikuttaa negatiivisesti tapahtumamuistiin. Tämä johtuu häiriöistä hippokampuksessa, joka on tapahtumamuistin kannalta tärkein aivorakenne. (Paajanen & Remes 2012, 32.) Vakavasta masennuksesta kärsivillä iäkkäillä voi ilmetä myös pseudodementia eli dementiaa muistuttava tila, joka saadaan yleensä korjattua masennuslääkityksen avulla. Myös masentuneen muistitoiminnot ja toimintakyky ovat alentuneet, joten näiden kahden diagnoosin erottelu on vaikeaa. Potilaan oireilua olisi hyvä seurata tarkasti, sillä masennuksen syynä voi myös mahdollisesti olla alkava dementia. (Huttunen 2018.)

Apatian ja masennuksen erottaminen toisistaan on haastavaa, sillä kumpikin aiheuttaa mielenkiinnon ja oma-aloitteisuuden sekä energian puutetta. Noin 80 %:lla muistisairaista esiintyy päivittäisistä toiminnoista selviytymistä heikentäviä aloitteellisuusongelmia jossain sairauden vaiheessa. (Koponen & Saarela 2010, 503.) Masennuksessa ilmeneviä tyytymättömyyden, surun, pessimismin sekä itsetuhoisuuden ajatuksia ei apatiassa kuitenkaan esiinny (Hölttä 2017, 37).

Ahdistuneisuus on jännittynyt, huolestunut ja pelonsekainen tunnetila, joka syntyy reaktiona uhkaavaksi koettuun asiaan tai tilanteeseen. Pelolla on tavallisesti selkeä kohde, mutta ahdistuksen syytä saattaa olla vaikea määritellä. (Kontkanen & Purhonen 2011.) Se on yleinen muistisairauteen liittyvä käytösoire. Sitä tavataan noin 40-50 %:lla jossain sairauden vaiheessa, usein kuitenkin lievässä tai keskivaikeassa vaiheessa. Ahdistuneisuuteen liittyvä ärtyneisyys ja psykomotorinen levottomuus kuormittavat usein niin muistisairasta itseään kuin hänen läheisiään. (Käypä hoito 2020.)

Ahdistuneisuuden ja kognitiivisen heikentymisen suhde voi olla kaksisuuntainen. Pitkäaikainen ahdistuneisuus heikentää kognitiota tai ahdistuneisuus on seurausta siitä, että potilas huomaa kognitiivisten kykyjensä heikentyvän. (Kontkanen & Purhonen 2011.)

Agitaatio- eli levottomuusoireiden esiintyminen muistisairauden myöhäisvaiheessa on tavallista, sillä noin 50-60 % muistisairaista kärsii niistä. Agitaatio tarkoittaa epätarkoituksenmukaista, vaihtelevaa, aggressiivista tai sosiaalisesti epäsopevaa toimintaa, joka voi olla kielellistä, äänellistä tai motorista. Agitaatio-oireet eivät selity muistisairaahan tarpeilla tai sekavuudella, vaan ne liittyvät esimerkiksi turhauttavaan tilanteeseen tai kiirehtimiseen. Agitaatio-oireet ovat läheisiä ja hoitajia kuormittavia sekä vaikeimmissa muodoissaan ajallisesti pitkäkestoisia. (Käypä hoito 2020.)

Aggressiivinen käytös on näkyvää, vahinkoa aiheuttavaa toimintaa, joka suuntautuu ei-sattumanvaraisesti itsen tai ulospäin. Muistisairaahan aggressiivisuus ilmenee usein päiväsaikaan ja saattaa liittyä vaikka henkilökohtaisissa toimitissa avustamiseen. (Koponen & Saarela 2010, 504.) Ärtyisyys taas on enemmän mielialaan liittyvää, jolloin muistisairas saattaa olla kärtyisä tai kärsimätön ja hänen mielialansa on ailahteleva.

Toisaalta myös hallitsematon euforian, eli hyvinolontunteen ilmaisu saattaa olla muistisairauden käytösoire. (Neuropsykiatrinen haastattelu 2017.)

Psykoottisista oireista yleisimpiä ovat aistiharhat sekä paranoidiset harha-ajatukset (Koponen & Saarela 2010, 507). Noin 25-50 % muistisairaista kärsii niistä tavallisimmin sairauden keskivaikeassa tai vaikeassa vaiheessa. Psykoottisten oireiden äkillinen ilmaantuminen muistisairaalle voi taas olla merkki lääkkeen haittavaikutuksesta tai sekavuustilasta. Tällöin on tarpeen selvittää muistisairaahan fyysinen terveydentila sekä huomioida mahdolliset tapahtuneet ympäristömuutokset. (Käypä hoito 2020.)

Aistiharhaisuus on sitä, kun näkee asioita tai kuulee ääniä, joita ei ole olemassa (Neuropsykiatrinen haastattelu 2017). Esimerkiksi Lewyn kappale –tautiin kuuluu tyypillisesti elävät, yksityiskohtaiset näköharhat. Muistisairaahan kuuloharhat taas ovat yleensä ovikellon ääntä, kolinaa, meteliä naapurista tai musiikkia, eivät siis välttämättä varsinaista puhetta. (Mielenterveystalon www-sivut n.d.) Harhaluulot ovat usein melko konkreettisia, sillä varsinkin pidemmälle edenneessä muistisairaudessa kognitiivinen kapasiteetti ei riitä monimutkaisiin harharakennelmiin. Naapurit saatetaan kokea uhkaavina ja ikävä sattumus varkautena tai myrkytysyrityksenä. Salaliittoteorioita, kuten kuvitelma lähiseudun mafiasta tai huumejengistä, voi esiintyä enemmänkin muistisairausten alkuaikoina. (Juva 2014.)

Ikään liittymätön kognitiivinen heikentyminen voi aiheuttaa ongelmia liikkumisen kanssa ja lisää sairastuneen riskiä kaatua. Kaatumisen todennäköisyys on Alzheimerin taudin myötä kaksinkertainen ja Lewyn kappale –taudin myötä yli kaksinkertainen kognitiivisesti terveisiin verrattuna. Alzheimerin taudissa kävelynopeus hidastuu, askelpituus lyhenee, keskittymiskyky heikkenee sekä esteiden hahmottaminen ja ylittäminen vaikeutuu. Nämä tekijät altistavat kaatumiseen. Taas Lewyn kappale –tautia sairastavilla lihasliikkeet heikkenevät ja hidastuvat, lihakset jäykistyvät, kävely alkaa laahaamaan ja tulee vapinaa. (Komulainen 2015.)

Poikkeava motorinen käytös on häiritsevää toimintaa, kuten tavaroiden penkomista, istumaan rauhoittumisen vaikeutta tai kodin ulkopuolella vaeltelua (Neuropsykiatrinen haastattelu 2017). Eräässä tutkimuksessa poikkeavaa motorista käytöstä esiintyi puolella tutkittavista. Joka kolmas eli 34 % muistisairaista käveli ympäri asuntoa



päämäärättömästi tai penkoi kaappeja. Osa tutkittavista riisui ja puki päälleen jatkuvasti tai toisti jotain maneeria/liikettä, kuten nappien hypistelyä. Levotonta liikehtimistä, jalkojen heiluttelua tai sormilla naputtelua havaittiin 28 %:lla tutkittavista. (Suontaka-Jamalainen 2011, 14.)

Haasteet uni- ja valverytmin kanssa ovat yleisiä. Noin neljänneksellä muistisairaista esiintyy yöllistä heräilyä ja unettomuutta. (Koponen & Saarela 2010, 507.) Myös liiallista nukkumista tai epänormaalia yöllistä toimintaa, kuten vaeltelua tai pukeutumista saattaa esiintyä (Neuropsykiatrinen haastattelu 2017). Unirytmien päällelleen kääntyminen on harvinaisempaa mutta mahdollista (Cerejeira, Lagarto & Mukaetova-Ladinska 2012, 39).

Muistisairaalla saattaa ilmetä myös syömisen kanssa ongelmia ja ruokailu sitä kautta vaikeutua monella tapaa. Muistisairaahan ruokahalu voi joko lisääntyä tai vähentyä sekä ruokailutapoihin ja tottumuksiin saattaa tulla muutoksia. (Neuropsykiatrinen haastattelu 2017.) Esimerkiksi otsa-ohimolohkorappeumaan sairastuneella saattaa tulla himo makeisiin ruokiin (Cerejeira ym. 2012, 39).

Syömishäiriöistä kärsivä muistisairas saattaa vastustella ja käyttäytyä välinpitämättömästi syöttötilanteessa tai hänen voi olla vaikea pureskella tai niellä. Tämä lisää aspiraation eli keuhkoihin vetämisen riskiä. Syömishäiriön ilmaantuessa, on syytä poissulkea muiden sairauksien tai lääkityksien aiheuttamat haitat. Antikolinerginen lääkitys voi aiheuttaa suun kuivuutta, bisfosfonaatit esofagiittia (ruokatorven tulehdusta), kipulääkkeet ruokahaluttomuutta, neuroleptit liikehäiriöitä sekä unilääkkeet vireystilalaskua. Toisaalta on hyvä ottaa huomioon myös ruokailutilanne, ruuan laatu, ruokailukerrat, ruokailuasento ja syöttämistekniikka. Tämä on tärkeää, sillä ruokailun häiriintymisen seurauksena voi olla tahaton painonlasku ja elimistön kuivuminen. (Antikainen, Konttila, Virolainen & Strandberg 2013, 911.) Ali-/vajaaravitsemus myös kiihdyttää lihaskatoa, heikentää immunitaattia sekä hidastaa paranemista (Muistiliitto 2020).

Estottomuudella tarkoitetaan riskikäyttäytymistä sekä impulsiivista tai epäsovivaa käytöstä (Neuropsykiatrinen haastattelu 2017). Noin 10 %:lla muistisairaista esiintyy seksuaalisia käytösoireita, kuten ongelmia seksikumppanin kanssa, avointa

seksuaalista käyttäytymistä tai puhetta, myös mahdollisesti hyväksikäyttöä (Strandberg 2013). Seksuaaliset käytösoireet saattavat sisältää säädyttöä kielenkäyttöä, seksuaalista ehdottelua tai muiden koskettelemista. Myös masturboiminen ja sukuelinten esittely julkisesti tai aikuisviihteen lukeminen avoimesti ovat seksuaalisia käytöshäiriöitä. (Brathwaite & Mendiratta 2015, 27.)

Vaeltelu tai harhailu tarkoittaa päämäärätöntä kulkemista, pyrkimystä lähteä kotoa sekä liiallista liikkumista. Taustalla saattaa olla pitkästyminen tai halua liikkua. Vieraaksi koettu ympäristö tai huono valaistus saattavat myös ajaa muistisairaahan vaeltelemaan. (Koponen & Saarela 2010, 508.)

Taulukko 5. Muistisairaahan käytösoireet.

<b>Muistisairaahan käytösoireet</b>	
- Masennus	- Kävelynopeuden hidastuminen ja askelpituuden lyheneminen
- Apatia	- Esteiden hahmottaminen ja ylittäminen vaikeutuu
- Ahdistuneisuus	- Lihaskäytön hidastuminen ja heikentyminen
- Agitaatio	- Lihakset jäykistyvät
- Aggressiivinen käytös	- Laahaava kävely
- Psykoottiset oireet	- Vapina
- Aistiharhat	- Poikkeava motorinen käytös
- Paranoidiset harha-ajatukset	- Keskittymiskyvyn heikkeneminen
- Estottomuus	- Uni-valverytmin muutokset
- Vaeltelu	- Muutokset syömisessä ja ruokahalussa

### 3 IKÄÄNTYNEIDEN MASENNUKSEN OIREET

Termi masennus on yleiskieltä ja sillä tarkoitetaan asiayhteydestä riippuen joko ohimenevää masentunutta mielialaa, masennustilaa tai erilaisten sairaustilojen tai psykologisten häiriöiden oireita. Arkikielessä masennus sanaa käytetään usein kuvastamaan tilapäistä alakuloisuuden tunnetta, joka syntyy esimerkiksi pettymyksen, epäonnistumisen tai menetyksen myötä. Masennus on yksi perustunteistamme, eikä hetkellinen,

ohimenevä masennuksen tunne ole siten sairaus vaan enemmänkin elämään kuuluvaa normaalia mielialan vaihtelua. Kuitenkin, jos alakuloisuus on jatkunut jo pidempään, voi se olla oire mielialahäiriöstä tai muusta sairaudesta. (Kampman, Heiskanen, Holi, Huttunen & Tuulari 2017, 10-11.)

Masennustila eli depressio on mielialahäiriöihin kuuluva psykiatrinen sairaustila tai oireyhtymä, jossa masennus ja siihen liittyvät oireet ovat jatkuneet vähintään kaksi viikkoa keskeytyksettä. Erilaiset masennustilat voidaan jaotella alatyyppeihin oirekuvansa perusteella. Näitä alatyyppejä ovat psykoottinen masennus, melankolinen depressio eli somaattinen oireyhtymä, epätyypillinen masennustila, synnytyksen jälkeinen masennustila sekä vuodenaikaan liittyvä masennustila. (Kampman ym. 2017, 41-42.)

Masennustila on yleinen sairaus, joka uusiutuu herkästi. Sairauden taustalla on yleensä monia erilaisia tekijöitä, kuten läheisen menetys, kuormittava elämäntilanne tai runsas päihteiden käyttö. Joskus masennustila muuttuu pitkäaikaiseksi ja oireiden kestäessä vähintään kaksi vuotta, voidaan käyttää termiä pitkäaikainen masentuneisuus eli dystymia. Masentuneen henkilön toimintakyky on selvästi madaltunut ja monissa tapauksissa masennus aiheuttaa työkyvyttömyyttä. Masennusoireista kärsivän ja hänen läheistensä kokema inhimillinen kärsimys pyritään minimoimaan huomioonottavalla ja laadukkaalla hoidolla. (Kampman ym. 2017, 10-11.)

Masennus on yleinen mielenterveysongelma ikääntyneiden keskuudessa, koska erilaiset kriisit ja menetykset lisääntyvät iän myötä. Suru, ahdistuneisuus ja muut lievät masennusoireet ovat normaaleja reaktioita vastoinkäymisiin, mutta pitkittyessään ja kohtaamattomina tilanne voi johtaa depression. (Mielenterveystalo n.d.) Aikuisväestössä ja nuorilla kliinisesti merkittävää masennustilaa esiintyy 5-7%:lla koko väestöstä (Käypä hoito 2020). Ikääntyneiden keskuudessa masennusoireista kärsii jopa joka viides ikäryhmän edustaja ja 1-4%:lla eläkeikäisistä on diagnosoitu masennustila. Naisilla masennukseen sairastumisen riski on kaksi kertaa suurempi kuin miehillä. (Kampman ym. 2017, 342.) Depressiosta kärsivistä vain pieni osa hakee hoitoa terveydenhuollosta (Käypä hoito 2020).

Ikäikäden masennuksen riskitekijät jaetaan kolmeen ryhmään: biologiset, psykologiset ja sosiaaliset riskitekijät. Biologisia riskitekijöitä ovat muun muassa naissukupuoli,

mielialaa säätelevän hermovälittäjäainejärjestelmän heikkeneminen, geneettinen alttius, aivojen verisuoniperäiset muutokset sekä somaattiset sairaudet, psykiatriset oireyhtymät (esimerkiksi skitsofrenia), päihteet ja käytetyt lääkkeet. Psykologisia riskitekijöitä ovat persoonallisuustekijät, ahdistuneisuustaipumus tai -häiriö sekä kognitiiviset vääristymät, kuten hylkäämisen tunne, kun läheinen on poissa. Sosiaaliset riskitekijät taas liittyvät esimerkiksi ajankohtaisiin elämäntapahtumiin, kuten läheisen kuolemaan, pitkäaikaiseen henkiseen kuormitukseen tai taloudellisiin vaikeuksiin. (Kampman ym. 2017, 342.)

Kivelä jaottelee teoksessaan “Depressiosta tasapainoon - Hyvä elämä iäkkäänä” masennusoireet erilaisiin luokkiin. Näitä luokkia ovat affektiiviset eli tunne-elämän oireet, fyysiset oireet, kognitiiviset eli tiedon hankintaan, varastoitumiseen sekä käyttämiin liittyvät oireet sekä volitionaaliset eli tahtoon liittyvä oireet. (Kivelä 2009, 71; Masennusinfon www-sivut n.d.)

### 3.1 Affektiiviset oireet

Tunne-elämän keskeisimpiä ja masentuneen ihmisen lähes jokapäiväisiä oireita ovat masentunut mieliala, surullisuus sekä alavireisyys. Nämä ovat voimakkaista tunteita ja ikääntynyt voi ajatella, että elämä ei ole elämisen arvoista. Suru ilmenee näkyvimmin itkuisuutena ja tyypillistä on, että iäkäs ei tiedosta syytä itkukohtauksiin vaan ne puhkeavat itsestään. (Kivelä 2009, 72.) Tunnevasteen puuttuminen on hyvin yleinen oire masentuneelle (Kampman ym. 2017, 15).

Ikääntynyt voi olla tyytymätön elämäänsä ja menettää mielenkiintonsa aiemmin kiinnostaviin asioihin, kuten lehden lukemiseen, musiikin kuunteluun tai läheisten näkemiseen. Masentuneella on vaikeuksia löytää elämästä mitään myönteistä ja toivo paremmasta elämästä tulevaisuudessa on kadoksissa. Masentunut ei koe mielihyvän tai ilon tunteita. Mieli alkaa täyttyä kielteisistä ajatuksista, jotka ilmenevät sairastuneen puheessa, käyttäytymisessä sekä tunteissa. Kielteiset ajatukset kohdistuvat usein muihin ihmisiin tai masentuneeseen itseensä ja voivat esiintyä myös ärtyneisyytenä tai vihana. (Kampman ym. 2017, 15; Kivelä 2009, 73.)

Yksinäisyyden tunne on yleinen affektiivinen oire, joka koskettaa erityisesti iäkkäitä ihmisiä. Masentunut voi kokea olevansa yksin, vailla ystäviä ja läheisiä, vaikka todellisuudessa sosiaalista kanssakäymistä tapahtuisi päivittäin. Ikääntynyt voi myös kokea tyhjyyden tunnetta elämäänsä kohtaan. Mikään ei tunnu milteään, sisällä vallitsee vain kammottava tyhjiys. (Kivelä 2009, 73-74.)

Hyödyttömyys, huonous, tarpeettomuus, häpeä ja syyllisyys ovat tunteita, joita depressiivinen henkilö kokee päivittäin. Todellisuudessa sairastunut saattaa olla tärkeä ja arvokas osa perhettä ja yhteisöä, mutta hän ei sairautensa takia ole kykenevä antamaan itselleen arvoa ihmisenä. Häpeää saatetaan tuntea pienistä ja aiheettomista asioista, kuten vaatteista, teoista tai käyttäytymisestä. Masentuneen syyllisyyden tunteet kohdistuvat pääasiassa häneen itseensä ja ovat perusteettomia. (Kivelä 2009, 74.)

Masentunut voi kokea olonsa liian voimattomaksi nousta sängystä ja selviytyä päivän askareista. Talouden ylläpitämiseen ja elämiseen liittyvät tehtävät voivat tuntua ylittämättömiltä suorittaa. Nämä avuttomuuden, heikkouden ja voimattomuuden tunteet eivät johdu heikosta fyysisestä toimintakyvystä, vaan taustalla on psyykinen tekijä. (Kivelä 2009, 74.)

Epäonnistumisen tunteet, kuten elämässä tehdyt virheet tai väärät valinnat alkavat kummitella masentuneen mielessä. Nämä sairauden tuomat ajatukset ovat usein perättömiä, mutta sairastunut saattaa ajatella epäonnistuneen elämässään. Masentunut näkee tulevaisuuden synkkänä eikä usko muutokseen. Kuoleman toiveet ja itsetuhoiset ajatukset ilmentävät toivottomuuden tunnetta. Kuoleman ajattelemisen aiheuttaa sairastuneessa silti pelkoa ja ahdistusta. (Kivelä 2009, 74-75.)

Masennuksessa suuretkin mielialan vaihtelut ovat mahdollisia. Myös masentuneilla on parempia päiviä, jolloin he näkevät toivon pilkahduksen synkkyyden keskellä. Osa masentuneista peittää todelliset tunteensa lähipiiriltään esittäen reippaampaa ja pirteämpää kuin todellisuudessa on. Masentunut ei välttämättä tuo tunteitaan ja ajatuksiinsa esille, joka vaikeuttaa sairauden tunnistamista. (Kampman 2017, 15.) Alla olevaan taulukkoon (taulukko 6) on koottu erilaisia ikääntyneiden masennukseen liittyviä tunne-elämän oireita.

Taulukko 6. Ikääntyneiden masennuksen affektiiviset oireet.

Affektiiviset oireet		
- Masentunut mieliala	- Tunnevasteen puuttuminen	- Yksinäisyyden tunne
- Surullisuus, alavireisyys, itkuisuus	- Tyytymättömyys elämään	- Tyhjyyden tunne
- Mielialan vaihtelut	- Mielenkiinnon menettäminen	- Hyödyttömyyden tunne
- Häpeä	- Mielihyvän tai ilon tunteiden kokemisen menettäminen	- Huonouden tunne
- Syyllisyys	- Kuoleman toiveet ja itsetuhoiset ajatukset	- Epäonnistumisen tunteet
- Heikkous		- Avuttomuuden tunne
- Voimattomuus		- Toivottomuuden tunne
- Ärtynisyys, viha		
- Ahdistuneisuus		
- Pelko		

### 3.2 Fyysiset oireet

Masennustila voi oireilla myös fyysisesti ja tämä on erittäin yleistä iäkkäiden masennuksen yhteydessä. Lisäksi fyysisten sairauksien oireet voivat voimistuvat depression puhjetessa. Keskeisimpinä fyysisinä oireina depressiivisellä iäkkäällä ovat erilaiset kivut ja säryt. Kipudepressiolla tarkoitetaan, että kipu on masennustilan hallitsevin oire. Kivut voivat tuntua missä tahansa osaa kehoa ja voimakkuus sekä esiintymispaikka voivat vaihdella. Tärkeää on selvittää, ovatko kivut oire fyysisestä vai psyykkisestä sairaudesta. Masentunut mieliala usein korostaa kivun vaikeutta. (Kivelä 2009, 76.)

Masennustilojen yhteydessä voi esiintyä myös väsymystä ja liiallista nukkumista. Kyseessä on huomattavasti voimakkaampi väsymyksen tunne kuin tasapainoisella henkilöllä aamuherätyksen yhteydessä. Väsymys saa kehon tuntumaan raskaalta ja voimattomalta. Vuoteesta nouseminen on vaivalloista ja toisinaan sängystä ei pääse ylös lainkaan. Käveleminen tuntuu jäykältä ja pelkkä kahvikupin nostaminen vaatii liikaa voimia. Päivittäisissä toimissa selviytyminen heikentyy masennustilan aiheuttaman väsymyksen takia. Pahimmassa tapauksessa väsymys kroonistuu ja yhdessä muiden masennusoireiden kanssa voi aiheuttaa fyysisen kunnon nopeaa heikkenemistä, kun ikääntynyt ei jaksa nousta sängystään lainkaan. (Kampman 2017, 15; Kivelä 2009, 76.)

Masennustilan tuoma unettomuus ilmenee ikääntyneillä vaikeutena nukahtaa, nukkua yhtäjaksoisesti tai erittäin varhaisena aamuheräämisenä. Sängyssä saatetaan valvoa pitkään sen jälkeen, kun on asettunut lepäämään tai yöllä herätään useita kertoja. Lääkällä aamuherääminen on tyypillisin masennukseen liittyvän unettomuuden oire. Monet masentuneet ikäihmiset saattavat herätä aamuyöllä kolmen-neljän aikaan ja valvoa sen jälkeen. Unettomuus ei ole yksiselitteisesti pelkästään depression oire vaan taustalla voi olla myös muita tekijöitä tai sairauksia. Unettomuuden syy on selvitettävä perusteellisesti. (Kivelä 2009, 76.)

Ruokahaluttomuus on tyypillinen masennustilan oire. Masentunut ei koe nautintoa syömisestä ja ruuan haju tai maku voidaan kokea epämiellyttäväksi. Vähentynyt energiansaanti johtaa ennen pitkään aliravitsemukseen, joka taas lisää fyysistä väsymystä ja voimattomuutta. (Kivelä 2009, 77.) Joillakin ruokahalu lisääntyy masennuksen myötä, jolloin energiansaanti ylittää suositukset. Ruokahalun muutos, johon liittyy painon lisääntyminen tai vähentyminen, on havaittavissa oleva masennuksen oire. (Käypä hoito 2020.)

Seksuaalisen kiinnostuksen väheneminen ja erilaiset seksuaaliset toimintahäiriöt ovat yhteydessä masennukseen. Seksuaalisuuden vähenemiseen vaikuttaa muun muassa itsetunto-ongelmat, joita masentuneella tyypillisesti on. On väärin tulkita, että masentunut ei välitä seksistä. Masentuneet henkilöt kokevat samalla tavalla seksuaalisuuden ja seksin tärkeänä osana elämää. Osa masennukseen käytettävistä lääkkeistä voivat aiheuttaa erektiohäiriöitä tai seksuaalisen halun laskua. Usein seksuaalinen halukkuus ja seksitoiminnot palaavat ennalleen masennuksen helpottaessa. (Kampman 2017, 15; Mielenterveystalon www-sivut n.d.)

Masennustilan oireena voi ikääntyneillä toisinaan esiintyä ummetusta, virtsankarkailua tai tiheävirtsaisuutta. Nämä johtuvat tavallisesti muista syistä kuin depressiosta. Masennustilan aiheuttama fyysisen aktiivisuuden väheneminen hidastaa suoliston toimintaa ja rappeuttaa lantionpohjalihaksia edesauttaen kyseisten oireiden ilmenemistä. Oireet yleistyvät iän myötä. (Kivelä 2009, 77.) Alla olevaan taulukkoon (taulukko 7) on koottu erilaisia ikääntyneen masennukseen liittyviä fyysisiä oireita.

Taulukko 7. Ikääntyneiden masennuksen fyysiset oireet.

Fyysiset oireet	
- Kivut, säryt	- Seksuaalisen kiinnostuksen väheneminen
- Väsymys, liiallinen nukkuminen	- Seksuaaliset toimintahäiriöt
- Unettomuus	- Ummetus/ripuli
- Ruokahaluttomuus/ruokahalun lisääntyminen	- Virtsankarkailu
	- Tiheävirtsaisuus

### 3.3 Kognitiiviset oireet

Kognitiivisiin oireet ilmenevät tiedon hankinnan, varastoinnin ja käyttämisen vaikeuksina. Monet fyysiset ja affektiiviset tekijät, kuten väsymys, mieliala ja vireystila, vaikuttavat kognitiivisten häiriöiden syntymiseen masentuneella henkilöllä. Häiriöt ovat varsin tavallisia masennuksen oirekuvassa. 94%:lla depressiopotilaista on todettu vähintään yksi kognitiivinen oire masennusjakson aikana. Keskittymis- ja muistivaikeuksia esiintyy eniten. (Masennusinfon www-sivut n.d.)

Erilaiset tunne-elämän oireet saattavat johtaa muistihäiriöihin. Keskustelussa ikääntynyt saattaa toistaa itseään ja esittää samoja kysymyksiä moneen kertaan. Muistamattomuus on yleensä tilapäinen häiriö, jonka saa aikaan depression tiiviisti yhteydessä olevat oireet, kuten väsymys, jaksamattomuus ja voimattomuus. Muisti palautuu normaaliksi masennusoireiden väistyttyä. Iäkkäällä voi esiintyä myös keskittymisvaikeuksia depression yhteydessä. Nämä voivat ilmetä vaikeutena suorittaa montaa tehtävää samanaikaisesti, päätöksenteossa tai tehtävän aloittamisen tai päättämisen vaikeutena. (Masennusinfon www-sivut n.d.) Myös pienetkin asiat, kuten sanomalehden lukeminen voi tuottaa haasteita. Jossain tapauksissa ikääntynyt voi masennustilan yhteydessä kärsiä älyllisten toimintojen heikkenemistä. (Kivelä 2009, 72.)

Depression myötä ikäihmiset saattavat alkaa asennoitumaan pessimistisesti ajankoh-taisiin ja tuleviin tapahtumiin. Kielteiset tapahtumat ja ongelmat korostuvat masentuneen mielessä. Tulevaisuuden nähdään etenevän yhdestä kielteisestä tapahtumasta toiseen. Elämään kuuluvista tavallisista ja normaaleista asioista, kuten lasin rikkoutumisesta, muodostuu ongelma, mikä varjostaa masentuneen mieltä ja aiheuttaa huonomuuden ja epäonnistumisen tunnetta. Masentuneen mielessä pyörii ajatukset, kuten



“en osaa tehdä mitään oikein” tai “epäonnistun kaikessa mitä teen”. (Kivelä 2009, 79.) Depressiota sairastavalla ikääntyneellä voidaan havaita näköalattomuutta, hän on kriittinen itseään ja muita kohtaan ja hänellä on matala arvostus itseään kohtaan (Kampman 2017, 15; Kivelä 2009, 72).

Vaikeassa depressiossa voi olla myös havaittavissa todellisuudentajun heikentymistä, jolloin puhutaan psykoottisesta masennuksesta (Kampman 2017, 23). Harhaluulot liittyvät ikääntyneillä usein oman kehon toimintoihin. Virheelliset tulkinnat oman kehon toiminnasta kuvastuvat esimerkiksi ajatuksina, että hänen kehossaan ei ole lainkaan verta tai aivoissa on toukkia. Nämä harhaluulot ovat depressiota sairastavalle todellisia eikä niiden väittäminen epätodellisiksi muuta masentuneen käsitystä asiasta. (Kivelä 2009, 79-80.)

Psykoottistasoisissa masennustiloissa voi esiintyä näkö-, kuulo- tai hajuharjoja. Harhat ovat hyvin erilaisia riippuen yksilöstä ja masennustilan vaikeudesta. Näköharjoissa masentunut näkee epätodellisia tapahtumia, esimerkiksi oman asunnon palamisen. Kuuloharjoissa esiintyvät äänet voivat puhua sairastuneesta syyttelevästi tai kritisoivasti. Ne voivat myös kehottaa itsetuhoiseen käyttäytymiseen. On kuitenkin hyvä tiedostaa, että itsetuhoiseen käyttäytymiseen ei aina liity harjoja. Masentunut voi myös kuulla epämääräisiä ääniä, esimerkiksi koputtelua tai piipitystä. Hajuharjoissa sairastunut voi haistaa esimerkiksi savua paikoissa, jossa sitä ei ole. Harhaiset ajatukset väistyvät masennustilan parantuessa. (Kivelä 2009, 80.)

Useimmat depressioniin liittyvät kognitiiviset oireet väistyvät toipumisen myötä. Kuitenkin arviolta jopa 44% koko väestöstä kärsii näistä oireista masennuksesta toivuttuaan. Häiriöiden ilmeneminen on todennäköisempää vaikeaa, psykoottistasoista tai toistuvaa masennusta sairastavien keskuudessa. Joskus kognitiiviset oireet jäävät pysyviksi, jolloin ne altistavat uusille masennusjaksoille. (Masennusinfon www-sivut n.d.) Alla olevaan taulukkoon (taulukko 8) on koottu erilaisia ikääntyneiden masennuksen kognitiivisia oireita.

Taulukko 8. Ikääntyneiden masennuksen kognitiiviset oireet.

Kognitiiviset oireet	
- Muistihäiriöt	- Itsekriittisyys
- Keskittymisvaikeudet	- Matala arvostus itseään kohtaan
- Älyllisten toimintojen heikkeneminen	- Todellisuudentajun heikentyminen
- Pessimistisyys	- Harhaluulot
- Näköalattomuus	- Näkö-, kuulo- ja hajuharhat

### 3.4 Volationaaliset oireet

Masentuneen tunne-elämän vaikeudet voivat aiheuttaa oireilua tahtoelämän puolella eli volationaalisesti. Tahtoelämän lamaan tumanen parhaiten havaittavissa oleva oire on motivaation puute. Masentuneella ei ole halua tehdä asioita, edes tarpeellisia kotitaloustöitä. Masentunut välttelee osallistumista ja tehtävien suorittamista ja voi antaa jopa apaattisen vaikutelman. Motivaation puute näkyy elämälle tärkeiden aktiviteettien vähenemisellä. Esimerkiksi ystävien tapaaminen, siisteys, musiikki tai liikunta ei enää innosta tai herätä kiinnostusta. Oireiden voimakkuus vaihtelee masennustason mukaan. (Huttunen 2018; Kivelä 2009, 84.)

Motivaation tason voi vaihdella tilanteen ja ajankohdan mukaan. Yhdysvaltalaisen tutkijan Steve Reissin mukaan ihmisillä on yksilöllinen motiivien järjestys eli motivaatioprofiili. Motivaatioprofiilin avulla ihmiset säätelevät omia resursseja eri tehtävien suorittamiseksi tai välttämiseksi. Oman motiivijärjestyksen yläpäässä olevien tehtävien suorittaminen on helpompaa kuin alemmin listattujen. Epämiellyttävien tehtävien eteen joutuu myös käyttämään enemmän energiaa. (Huttunen 2018.) Alla olevaan taulukkoon (taulukko 9) on koottu erilaisia ikääntyneiden masennuksen tahtoelämään liittyviä oireita.

Taulukko 9. Ikääntyneiden masennuksen volationaaliset oireet.

Volationaaliset oireet
- Tahto elämän lamaan tuminen
- Motivaation puute
- Apatia

## 4 MUISTISAIRAUDEN JA MASENNUKSEN SEULONTA

### 4.1 Muistisairauden seulonta

Jos omaiset tai vanhus itse huomaa muistissaan ongelmia, tulee asiaa aina tutkia tarkemmin. Muistihäiriöisen perustutkimukseen kuuluu mielialan arviointi. Sen avulla voidaan poissulkea masennuksesta johtuvat muistioireet sekä mahdollisten muistiin suoraan vaikuttavien tekijöiden selvitys, kuten epäsopiva lääkitys. Jatkotutkimusta ja erikoislääkärin arvioita edellyttävät tilat pyritään löytämään tutkimusten kautta. Tiedonkäsittelyn arvioinnissa voidaan hyödyntää neuropsykologisia testisarjoja, kuten Mini-Mental State Examination (MMSE) tai CERAD-tehtäväsarja. CERAD-tehtäväsarjaa suositellaan käytettäväksi ensisijaisesti, sillä se on mittarina herkempi sekä laajempi. MMSE on tehtäväsarjan yksi osio. MMSE testiä tulisi käyttää enemmänkin edenneissä tapauksissa ja seurannassa. (Käypä hoito n.d.) Tässä opinnäytetyössä käsitellään MMSE-testiä opinnäytetyön tilaajan tarpeeseen perustuen.

Käyttöoireiden ilmaannuttua, erityisesti silloin kun ne ovat ilmaantuneet äkillisesti, edellyttää tilanne niiden syyn selvittelyä. Taustalla voi olla muistisairauden lisäksi myös somaattisia vaivoja, kuten kardiovaskulaarinen sairaus tai infektio. Apuna käyttöoireiden kartoittamisessa voidaan käyttää omaisten huomioita, oirekohtaista mittaria sekä esimerkiksi neuropsykiatrista haastattelua (Neuropsychiatric Inventory, NPI). Laajempi NPI kartoittaa seuraavien käyttöoireiden esiintymistä ja niiden vaikeusastetta: harhaluulot, aistiharhat, levottomuus/aggressiivisuus, masentuneisuus, ahdistuneisuus, apatia, ärtyneisyys, estottomuus, kohonnut mieliala, poikkeava motorinen käytös sekä unen ja syömisen häiriöt. (Käypä hoito n.d.)

Mini-Mental State Examination eli MMSE (LIITE 2) on Suomen Muistitutkimusryhmien Asiantuntijaryhmän sekä Alzheimer-tutkimusseuran asiantuntijoiden hyväksymä lyhyt muistin ja tiedonkäsittelyn arviointiin tarkoitettu niin sanottu minitesti. Testin täyttämiseen menee aikaa noin 10-15 minuuttia ja virallisen testin täyttää terveysalan ammattilainen. MMSE testin suorittaminen on helppoa ja se on vakiintunut yleiseen käyttöön. Testistä saadaan tulos helposti numeerisena arvona ja sitä voidaan käyttää edenneen dementia-asteisen muistisairauden seulontaan ja seurantaan, mutta

se ei sovellu varhaisen tai lievän muistisairauden tutkimiseen. (Erkinjuntti ym. 2015, 630.)

Testin tehtävät heijastavat orientaatiota, kielellisiä kykyjä, tarkkaavaisuutta/toiminnanohjausta, mieleen painamista ja palauttamista, laskutaitoa sekä hahmotuskykyä. Testin kokonaispistemäärä on 30 ja tehdyt virheet vähentävät pisteitä. Mitä vähemmän tutkittava saa pisteitä, sitä todennäköisempää muistisairauden mahdollisuus on. 24 pistettä tai alle on yleensä poikkeava ja vaatii jatkotutkimuksia. Mikäli tulos on 25-30 pistettä, mutta tutkittavalla on selvä muistioire, tehdään jatkoselvittelynä esimerkiksi CERAD- tehtäväsarja. Testitulokseen vaikuttavat tutkittavan koulutustaso, sosiaalinen asema sekä kielelliset taidot, esimerkiksi puhehäiriöt. (Erkinjuntti ym. 2015, 630.)

Mikäli kyseessä on vain lievä muistin tai muun tiedonkäsittelyn osa-alueen oire tai tutkittava on harjaantunut älyllisten kykyjensä käyttöön, testitulokset saattaa olla normaali, vaikka tutkittavan toimintakyky olisi laskenut selvästi aiemmasta. MMSE-testiä voidaan käyttää apuna diagnoosin tekemiseen tai työkyvyn arvioimiseen, mutta sen lisäksi tulee suorittaa perusteellisempi kognitiivisten tehtävien sarja ja/tai neuropsykologin tutkimukset. (Erkinjuntti ym. 2015, 630.)

#### 4.2 Ikääntyneiden masennuksen seulonta

Masennuksen seulonta riskiryhmistä auttaa tunnistamaan ja puuttamaan ajoissa masennukselle alttiita henkilöitä. Seulonta pitäisi kohdistua ainoastaan sellaisiin potilasryhmiin, joissa on suuri riski sairastua masennukseen. Näitä ryhmiä ovat muun muassa aiemmasta masennustilasta kärsivät, ahdistuneet ja masentuneet, hiljattain synnyttäneet naiset, somaattisista pitkäaikaissairauksista ja kiputiloista kärsivät, unihäiriöiset, työstressistä tai -uupumuksesta kärsivät, pitkäaikaistyöttömät, alkoholin riskikäyttäjät, muista mielenterveysongelmista kärsivät, itsemurhaa yrittäneet, sosiaalisesti moniongelmaiset sekä paljon terveyspalveluja käyttävät. (Käypä hoito 2020.)

Masennuksen seulonnan avuksi on kehitetty monia erilaisia menetelmiä. Perusterveydenhuollossa voidaan käyttää esimerkiksi lyhyttä PRIME-MD kahden kysymyksen seulaa, jossa potilaalta tiedustellaan, onko hän viimeisen kuukauden aikana ollut usein

huolissaan kokemastaan alakulosta, masentuneisuudesta tai toivottomuudesta. Toisena kysymyksenä kartoitetaan viimeisen kuukauden aikana koettua mielenkiinnon puutetta tai haluttomuutta. Jos vähintään toiseen kysymykseen vastataan myönteisesti, vaatii asia jatkotutkimuksia. Muita seulonnassa käytettäviä menetelmiä ovat PHQ-9-kysely, Beckin depressiokysely, DEPS-seula, EPDS-seula (hiljattain synnyttäneet naiset) sekä GDS-15 ja GDS-30-asteikot yli 65-vuotiaille. (Käypä hoito 2020.) Tässä opinnäytetyössä käsitellään GDS-15 asteikkoa opinnäytetyön tilaajan tarpeeseen perustuen.

Seulonnassa tärkeää on mahdollisuus konsultoida psykiatrian erikoislääkärinä. Sairausten tunnistamisen jälkeen se tulee hoitaa asianmukaisesti ja tehokkaasti. Tarkoituksenmukaista on, että potilaan hoitomyynteisyyttä ja hoidon tehoa seurataan. Joskus riskiryhmän seulonta tuo esille vääriä positiivisia tuloksia, joten potilaan kliininen haastattelu on tärkeä osa sairauden tunnistamista seulonnan ohella. (Käypä hoito 2020.)

GDS tulee sanoista Geriatric Depression Scale eli geriatrinen depressioasteikko (Autio & Vesterinen 2013). Geriatrinen depressioasteikko on Suomen Alzheimer-tutkimusseuran asiantuntijoiden hyväksymä asteikko, jonka tarkoituksena on arvioida iäkkäiden masennusta. Asteikkoa kehittäessä keskityttiin asteikon täyttämisen helppouteen sekä välttämään vanhuksilla yleisesti esiintyvien somaattisten oireiden mukaan ottamista kysymysvalikoimaan. Asteikko on alun perin sisältänyt 30 kyllä/ei-kysymystä. Myöhemmin on kehitetty suppeammat arviointiasteikot, jotka sisältävät 15, 10 tai 4 kysymystä. (Käypä hoito 2019.)

GDS-15 on 15 kysymystä sisältävä asteikko (LIITE 3), jonka tarkoituksena on selvittää erityisesti ikääntyneiden masennusoireita. Asteikko on suunniteltu alkuperäisen 30 kysymystä sisältävän asteikon pohjalta valitsemalla 15 kysymystä, joilla on tutkimuksissa todettu suurin yhteys masennusoireisiin. Aikaa kyselyn tekemiseen menee noin 5-7 minuuttia. (Autio & Vesterinen 2013.)

GDS-15 on itsearviointiasteikko, jonka voi täyttää joko itse tai toinen henkilö voi täyttää asteikon tutkittavan puolesta lukemalla kysymyksen ääneen. Asteikossa arvioidaan masennusoireita kuluneen viikon ajalta. GDS-15 on suunniteltu erityisesti myöhäisiän

depression seulontamittariksi. Kokonaispistemäärä on 15, jossa 0 pistettä = ei masennusoireita ja 15 pistettä = suurin mittarin antama masennusoireiden määrä. (Autio & Vesterinen 2013.)

Ennen kyselyn aloittamista, tutkittavalle kannattaa lyhyesti kertoa asteikon merkitys ja oikea vastaamistapa. Tutkittavan tulisi vastata kysymyksiin ”kyllä” tai ”ei”. Tutkittavalle tulisi selventää, että vastausten tulee olla mahdollisimman lähellä totuutta, vaikka joidenkin kysymysten kohdalla voi olla haastavaa vastata kyllä/ei-vastauksin. Kyselyn jälkeen tutkittava ja tutkija voivat palata niihin kysymyksiin, jotka herättivät tutkittavassa lisäkysymyksiä tai tarvetta käydä kysymys perusteellisemmin läpi. (Käypä hoito 2019.)

## 5 TARKOITUS, TAVOITE JA TUTKIMUSKYSYMYKSET

Opinnäytetyön tarkoituksena on selvittää muistisairauteen ja masennukseen liittyviä oireita ja niiden yleisyyttä ikääntyneiden keskuudessa. Tavoitteena on tuottaa tietoa muistisairauksien ja masennuksen oireista. Aiheeseen liittyvän tiedonhaun pohjalta olemme muodostaneet tutkimuskysymykset, jotka ovat:

1. Mitkä ovat yleisimpien etenevien muistisairauksien oireet?
2. Miten eri tavoin masennus voi ilmetä ikääntyneellä?

## 6 TUTKIMUSMENETELMÄ JA AINEISTON KÄSITTELY

Hoitotieteen ja muissa terveystieteellisissä tutkimuksissa on alettu painottamaan näyttöön perustuvaa toimintaa ja tämän myötä kiinnostus kirjallisuuskatsauksia kohtaan on kasvanut. Nykyään kirjallisuuskatsaukset jaetaan metatutkimuksiin sekä systemaattisiin ja kuvaileviin kirjallisuuskatsauksiin. Metatutkimukset koostuvat systemaattisesta kirjallisuushausta, kirjallisuuden arvioinnista sekä alkuperäisaineiston käsittelystä.

Tilastollisia menetelmiä hyväksikäyttäen, meta-analyysi tarkastelee aiemmin tuotettua kvantitatiivista tutkimustietoa. Metasynteesissä sen sijaan tarkastellaan kvalitatiivista tutkimustietoa. Eksplisiittiseen menetelmään perustuva systemaattinen kirjallisuuskatsaus on yhteenveto aikaisemmasta tutkimustiedosta. (Kangasniemi, Utriainen, Ahonen, Pietilä, Jääskeläinen & Liikanen 2013, 293.)

Opinnäytetyö on tehty kuvailevana kirjallisuuskatsauksena. Tutkimusmenetelmänä kuvailevaa kirjallisuuskatsausta pidetään tieteellisiä periaatteita noudattavana ja itseenäisenä menetelmänä. Tarkoituksena on kuvata haluttu ilmiö valitun kirjallisuuden avulla teoreettisesta tai kontekstuaalisesta näkökulmasta. Kuvaileva kirjallisuuskatsaus tuottaa siis aiempaan tutkimustietoon perustuvaa kumulatiivista tietoa. Menetelmää on kritisoitu tieteellisesti epätarkaksi, tarkoituksenhakuiseksi ja alkuperäisen tutkimuksen arvioinnin osalta puutteelliseksi. Toisaalta ristiriitaisista ajatuksista huolimatta kuvailevaa kirjallisuuskatsausta menetelmänä on sovellettu runsaasti erityisesti hoitotieteen ja terveystieteen aloilla. (Kangasniemi ym. 2013, 293.)

## 6.1 Kuvaileva kirjallisuuskatsaus

Kuvaileva kirjallisuuskatsaus on yksi yleisimmin käytetyistä kirjallisuuskatsauksen tyypeistä. Sitä voi luonnehtia yleiskatsaukseksi ilman tiukkoja ja tarkkoja sääntöjä. Käytetyt aineistot ovat laajoja ja aineiston valintaa eivät rajaa metodiset säännöt. Tutkittava ilmiö pystytään kuitenkin kuvaamaan laaja-alaisesti ja tarvittaessa luokittelemaan tutkittavan ilmiön ominaisuuksia. (Salminen 2011, 6.)

Kuvaileva kirjallisuuskatsaus lähtee tutkittavan ongelman määrittelemisestä sekä tutkimuskysymyksen asettamisesta. Seuraavaksi valitaan hakutermit, eli millä asiansanoilla eri tietokannoista tullaan etsimään tietoa. Valikoituneet lähdeviitteet siirretään viitteidenhallintaohjelmaan ja käsitellään sen avulla. Tiedonkeruun tulee olla kattavaa, järjestelmällistä ja uudelleen toistettavissa. Haun tuloksia rajataan ajallisesti koskemaan esimerkiksi vain kymmenen vuotta vanhoja julkaisuja. Tutkimuksen kannalta on oleellista, että valinta- ja sisäänottokriteerit ovat kuvattu tarkasti ja täsmällisesti sekä ne ovat johdonmukaisia ja tarkoituksenmukaisia aiheen kannalta. Tällöin vältytään systemaattisilta virheiltä. Sisäänottokriteerit asetetaan tutkimuksen tarkoituksen mukaan. (Johansson, Axelin, Stolt & Ääri 2007, 48-49.)

Kuvailevan kirjallisuuskatsauksen tärkein vaihe on kuvailun rakentaminen. Tässä vaiheessa on tarkoitus vastata tutkimuskysymyksiin aineiston tuottaman laadullisen kuvailun sekä tehtyjen johtopäätösten avulla. Löydettyjen tutkimusten sisällöt yhdistetään ja analysoidaan kriittisesti. Valitusta aineistosta on tarkoitus luoda tiivis, jäsenetty kokonaisuus. Tarkoituksena on verrata ja analysoida aineistojen vahvuuksia ja heikkouksia sekä tehdä näiden vertailuiden ja analyysien perusteella laajempia johtopäätöksiä. Opinnäytetyön tekijän tulee muistaa koko haku- ja kirjoittamisprosessin aikana tutkimuseettiset kysymykset ja noudattaa niitä poikkeuksetta. Viimeisenä vaiheena prosessissa on tulosten tarkastelu. Se sisältää sekä sisällöllisen että menetelmällisen pohdinnan sekä tutkimuksen etiikan ja luotettavuuden arvioinnin. Kuvailevassa kirjallisuuskatsauksessa tutkijan valintojen ja raportoinnin eettisyys on tärkeää tutkimuksen kaikissa vaiheissa. (Kangasniemi ym. 2013, 294-297.)

Kuvailevaa kirjallisuuskatsausta on kritisoitu tutkimusmenetelmänä sen subjektiivisuuden ja sattumanvaraisuuden vuoksi. Toisaalta menetelmän vahvuutena on pidetty sen argumentoituvuutta ja mahdollisuutta perustellusti ohjata tarkastelu tiettyihin erityiskysymyksiin. (Kangasniemi ym. 2013, 292.) Onnistunut kuvaileva kirjallisuuskatsaus on siis huolellisesti suunniteltu ja se on toteutettu käyttäen useaa eri tiedonlähdettä. Tällä pyritään löytämään kaikki relevantit tutkimukset. Haun tulee olla myös vinoutumatonta, eli se ei rajaa pois esimerkiksi maita. Lisäksi se on raportoitu niin, että se on helposti toistettavissa. (Terveysportti 2017.)

## 6.2 Sisällönanalyysi

Sisällönanalyysi auttaa luomaan tutkittavasta aiheesta tiivistetyn kuvauksen ja yhdistämään tulokset laajempaan kontekstiin sekä muihin tutkimustuloksiin. Sisällönanalyysissa tarkastellaan valmiiksi tekstimuotoisia tai sellaiseksi muutettuja aineistoja, kuten kirjoja, haastatteluja, puheita tai keskusteluja. Tarkoituksena on eritellä aineistoja, etsien yhtäläisyyksiä ja eroja sekä muotoilla aineiston sanoma tiiviiseen muotoon. (Tuomi & Sarajärvi 2018, 117.) Sisällönanalyysi on mahdollista tehdä induktiivisesti eli aineistolähtöisesti tai deduktiivisesti eli teorialähtöisesti (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 166). Tässä opinnäytetyössä on käytetty deduktiivista sisällönanalyysia.



Sisällönanalyysi koostuu eri vaiheista, joita ovat analyysiyksikön valinta, aineistoon tutustuminen, pelkistäminen, ryhmittely ja käsitteellistäminen sekä luotettavuuden arviointi (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 166). Sisällönanalyysin ensimmäinen vaiheen tarkoituksena on kuvata tutkimuksien olennaiset tiedot: kirjoittajat, julkaisuvuosi ja -maa, tutkimuksen tarkoitus, asetelma, aineistonkeruumenetelmät, tutkimuksen kohdejoukko, otos, päätulokset sekä vahvuudet ja heikkoudet. Toiseen analyysin vaiheeseen kuuluu aineiston läpilukeminen ja merkintöjen tekeminen. Merkintöjen avulla katsauksen tekijä muodostaa luokkia, kategorioita sekä teemoja ja näin saadaan selkeyttä käytettyihin tutkimuksiin. Katsauksen tekijä etsii siis yhtäläisyyksiä, eroavaisuuksia sekä tekee vertailua ja ryhmittelyä. Merkintöjen avulla tulisi saada tiivistettyä tutkimuksien pääasiat muistiinpanojen muodossa. Lopuksi samankaltaisia merkintöjä vertailemalla ja yhdistelemällä löytää eri luokkia, teemoja tai kategorioita. Tutkimuksista löytyville erilaisille teemoille annetaan taas niiden sisältöä kuvaava nimi. (Stolt, Axelin & Suhonen 2015, 31.)

Aineiston analyysin kolmannessa vaiheessa muodostetaan vertailun kautta löytyneistä eroavaisuuksista ja yhtäläisyyksistä looginen kokonaisuus eli synteesi. Tähän vaiheeseen kuuluu myös yksittäisten tutkimustulosten ristiriitaisuuksien läpikäyminen. (Stolt ym. 2015, 32.) Analyysin kolmannessa vaiheessa siis empiirinen aineisto liitetään teoreettisiin käsitteisiin ja tuloksissa esitetään empiirisestä aineistosta muodostettu käsittejärjestelmä tai aineistoa kuvaavat teemat. Tehdessä johtopäätöksiä tutkija pyrkii ymmärtämään, mitä tutkittavat asiat merkitsevät. (Tuomi & Sarajärvi 2018, 127.)

## 7 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTUS

Tiedonhaku on prosessi, jossa suunnitellaan ja toteutetaan tiedonhakua, arvioidaan hakutuloksia sekä niiden hyödyntämistä ja sovelletaan tietoa. Huolellisella suunnittelulla päästään parhaaseen mahdolliseen lopputulokseen. Lähtökohtana on tutkimuskysymykset, joihin etsitään vastausta tieteellisen tiedon pohjalta. (Sarajärvi, Mattila & Rekola 2011, 27-28.) Kuvailevan kirjallisuuskatsauksen tarkoituksena on valitun aineiston kautta tuottaa kuvaileva vastaus haluttuun tutkimuskysymykseen. Kuvaileva

kirjallisuuskatsaus aloitetaan tutkimuskysymysten asettamisella, jonka jälkeen jatketaan tiedonhakuun ja aineiston valintaan. (Kangasniemi ym. 2013, 291-292.)

### 7.1 Aineiston rajaus

Tiedonkeruun tulee olla kattavaa, järjestelmällistä ja uudelleen toistettavissa. Hakulausekkeilla voidaan löytää tuhansia tuloksia, joten tuloksia on hyvä rajata esimerkiksi ajallisesti koskemaan vain kymmenen vuotta vanhoja julkaisuja. Rajaukset kannattaa pitää saman tyyppisinä jokaisessa käytetyssä tietokannassa. Tyypillisimpiä rajauskohteita ovat aikarajaus, kielirajaus sekä rajaus abstraktien saatavuuteen. (Stolt ym. 2015, 53.) Tutkimuksen kannalta on oleellista, että valinta- ja sisäänottokriteerit ovat kuvattu tarkasti ja täsmällisesti sekä ne ovat johdonmukaisia ja tarkoituksenmukaisia aiheen kannalta. Tällöin vältetään systemaattisilta virheiltä. Sisäänottokriteerit asetetaan tutkimuksen tarkoituksen mukaan. (Johansson ym. 2007, 48-49.)

Kun tiedonhaku on rajattu, ryhdytään valitsemaan hyödynnettävät julkaisut määriteltujen kriteerien mukaisesti. Tärkeää on huomioida artikkelien tutkimusnäytön vahvuus eli tarkastella artikkelissa käytettyjä alkuperäistutkimuksia ja niissä käytettyjä menetelmiä sekä menetelmien laatuun, sovellettavuuteen ja käyttöön. (Sarajärvi ym. 2011, 32.)

Löydettyä tietoa arvioidaan kriittisesti ja analysoidaan, jotta pystytään määrittelemään, voidaanko saatua tietoa soveltaa käytäntöön. Arvioinnissa tarkastellaan kaikkia hakuprosessin vaiheita etenemisestä, tehtyihin toimiin ja hakuprosessin kirjaamiseen. Hakuprosessin tarkka kirjaaminen lisää saadun tiedon luotettavuutta ja käyttöarvoa. Lopuksi saatu tieto sovelletaan käytäntöön, jota voidaan hyödyntää tutkimusalan eri osa-alueilla sekä käytännön toiminnassa. (Sarajärvi ym. 2011, 32-33.)

Opinnäytetyössä on rajattu aineistonhaun tuloksia työlle relevantin tutkimustiedon löytämiseksi. Opinnäytetyöhön on hyväksytty vuosien 2010-2020 välillä julkaistut tutkimukset. Julkaisukielenä tuli olla suomi tai englanti. Lisäksi teksti tuli olla saatavissa kokotekstinä ja ilmaiseksi. Opinnäytetyössä käytettävistä tutkimuksista kuusi on löydetty ScienceDirect tietokannasta. Pääsy näihin tutkimuksiin saatiin Satakunnan ammattikorkeakoulun kirjaston kautta erillisellä pyynnöllä. Tutkimukset olivat siten opinnäytetyöntekijöille ilmaisia. Tutkimuksiksi on hyväksytty väitöskirjat, ylempät

AMK-opinnäytetyöt, pro gradut, lisensiaatintyöt, maisterivaiheen työt sekä tutkimusjulkaisut.

Poissulkukriteereinä oli ennen vuotta 2010 julkaistut tutkimukset sekä teokset tai teokset, joiden julkaisukielenä on muu kuin suomi tai englanti. Julkaisut, jotka olivat maksullisia tai eivät olleet saatavilla kokotekstinä, rajattiin sisäänottokriteerien ulkopuolelle. Työssä ei myöskään kelpuutettu ei-tieteellisiä julkaisuja tarkasteltaviksi tutkimuksiksi. Alla olevaan taulukkoon (taulukko 10) on koottu tutkimusten sisäänotto- ja poissulkukriteerit.

Taulukko 10. Sisäänotto- ja poissulkukriteerit.

Sisäänottokriteerit	Poissulkukriteerit
Tutkimus julkaistu vuonna 2010-2020	Ennen vuotta 2010 julkaistut tutkimukset
Julkaisukielenä suomi tai englanti	Julkaisukielenä muu kuin suomi tai englanti
Saatavilla kokotekstinä ja ilmaiseksi tekijöille	Ei saatavilla kokotekstinä tai maksullinen tekijöille
Tieteelliset julkaisut, väitöskirjat, ylemmät AMK-opinnäytetyöt, pro gradut, lisensiaatintyön, maisterivaiheen työt sekä tutkimusjulkaisut	Ei tieteelliset julkaisut, AMK-opinnäytetyöt

## 7.2 Aineiston haku

Toteutusvaiheessa valitaan käytettävät tietokannat, tiedonhakatavat ja hakusanat. Tarkoituksena on tunnistaa aiheen kannalta oleelliset tutkimukset ja artikkelit, joista löydetään tarvittava tieto tutkimuskysymyksiin vastaamiseksi. (Sarajärvi ym. 2011, 28.) Ensimmäiseksi tulee miettiä, millaista tietoa halutaan löytää. On hyvä pohtia, millaiset käsitteet käsittelevät omaa aihetta ja ovat aiheelle välttämättömiä. (Stolt ym. 2015, 38.)

Hakukokonaisuuksien hahmotuttua aloitetaan sanojen ideointi ja käännetään ne englanniksi. Sanojen ideointiin voi hyödyntää esimerkiksi MeSH tai YSO asiasanapalveluita. Sanoille on myös hyvä miettiä sopivia lyhenteitä, jotta hakutuloksia saadaan laajennettua. (Stolt ym. 2015, 39.) Kun sopivat hakulausekkeet on muodostettu, valitaan tietokanta, josta tietoa haetaan. Artikkeleita ja tutkimuksia tulisi hakea useammasta

tietokannasta, jotta aiheesta saadaan kattavasti laadukasta tietoa. Hyviä hoitotyön opinnäytetyöhön liittyviä tietokantoja ovat esimerkiksi PubMed, CINAHL ja Medic. Hakulausekkeet muokataan tietokantaan sopiviksi. (Stolt ym. 2015, 44.)

Opinnäytetyössä on hyödynnetty erilaisia tietokantoja aineiston hakuvaiheessa. Nämä tietokannat olivat Cinahl, Google Scholar, Medic, PubMed, Sage Journal ja ScienceDirect. Käytimme paljon kansainvälisiä sähköisiä tietokantoja, sillä niiden tarjonta tieteellisten tutkimusten osalta oli kattavin. Hakusanoina käytimme sekä suomenkielisiä että englanninkielisiä termejä. Hyödynsimme myös Yleistä suomalaista asiasanastoa (YSA) ja MeSH/FinMeSH:ä hakutermien tarkentamisessa ja kääntämisessä. Opinnäytetyössä hyödynnettävät tutkimukset on koottu liitteenä olevaan taulukkoon (LIITE 1).

Muistisairauksien oireista etsimme tutkimuksia PubMedistä, ScienceDirectistä, Sage Journalista sekä Google Scholarista. PubMedistä löytyi seitsemän tutkimusta liittyen muistisairauksien oireisiin. Hakusanoina käytettiin englanninkielisiä sanoja dementia, Alzheimer's disease, vascular dementia, neuropsychiatric, symptoms, elderly, apraxia, orientation, memory, apraxia, aphasia ja MMSE. Näistä muodostettiin erilaisia hakulausekkeita. ScienceDirectistä valittiin yksi tutkimus, joka löytyi hakusanoilla dementia, agnosia ja elderly. Sage Journals tietokannasta löytyi yksi hyödynnettävä tutkimus. Hakusanoina käytettiin dementia, apraxia ja elderly. Google Scholar tuotti paljon tuloksia, joista hyväksyttiin viisi. Hakusanoina käytettiin dementia, diagnostic, detecting, follow-up, orientation ja apraxia. Kaikissa tietokannoissa käytettiin rajauksina vuosiväliä 2010-2020, vain kokotekstit sekä julkaisujen tuli olla saatavissa tekijöille ilmaiseksi.

Masennuksen oireista löydettiin aiheelle oleellisia tutkimuksia Cinahlista, Medicistä ja ScieceDirectistä. Lisäksi tutkimusten etsimisessä käytettiin manuaalista hakua. Käyttämällä Cinahlissa hakulausekettä (depressive symptoms or depression) AND (recognition or identification or detection) AND gds löytyi yksi hyödynnettävä tutkimus. Haku rajattiin koskemaan kokotekstejä, julkaisuvuotta 2010-2020, kielenä englanti ja tarkennettiin etsimään tutkimuksia, jotka käsittelevät ainoastaan 65+ vuotiaita.

Medicistä löytyi yksi hyödynnettävä tutkimus. Hakusanoina käytettiin masennus AND ikääntynyt. Haku rajattiin koskemaan kokotekstejä, vain suomenkielisiä julkaisuja sekä vuosia 2010-2020.

ScienceDirect osoittautui hyödyllisimmäksi tietokannaksi etsiessä ikääntyneiden masennukseen liittyviä tutkimuksia. Avainsanoina käytettiin hakulausekkeita “loneliness, depression, elderly”, “GDS, depression, elderly” ja “anxiety, depression, elderly”. Opinnäytetyöhön hyväksyttiin yhteensä kolme tutkimusta. Kaikissa käytettiin rajauksena vuosiväliä 2010-2020. ScienceDirect tuotti käytetyillä hakusanoilla paljon hakutuloksia, joten tarkasteltavia tutkimuksia rajattiin otsikoiden perusteella. Tarkasteluista tutkimuksista valittiin aiheelle sopivimmat.

Näiden tutkimusten lisäksi hyväksyttiin yksi manuaalisen haun kautta löytynyt tutkimus ikääntyneen masentuneen oireista, joka löytyi sattumalta toisen tutkimuksen sisällysluettelosta. Hyväksyimme sen työhömmä, koska mielestämme se käsittelee aihetta kattavasti ja ajankohtaisesti.

Opinnäytetyössä hyödynnettäviä tutkimuksia täydennettiin vielä analysointivaiheessa, kun tutkimusaineisto huomattiin riittämättömäksi aiheen kokonaisvaltaisen käsittelyn kannalta. Mukaan otettiin viisi tutkimusta lisää. Muistisairauksien osalta etsittiin lisätutkimuksia afasiaan sekä MMSE-testin luotettavuuteen liittyen. Manuaalisen haun avulla löytyi kaksi hyödynnettävää tutkimusta. Ikääntyneiden yksinäisyyttä, itsemurhariskiä sekä elämänlaatua käsitteleviä tutkimuksia löydettiin kolme. Näistä tutkimuksista kaksi löytyi ScienceDirectistä hakulausekkeilla ”suicide risk, elderly” sekä ”aleness, elderly, depression”. Rajauksena käytettiin vuosiväliä 2010-2020. Kolmas elämänlaatua koskeva tutkimus löydettiin käyttämällä manuaalista hakua.

Opinnäytetyössä käytettiin yhteensä 26 tutkimusta muistisairauteen ja ikääntyneiden masennukseen liittyvien oireiden analysoinnissa. Näistä 17 liittyi muistisairauteen oireisiin. Ikääntyneiden masennuksen oireiden analysoimiseen tarvittiin yhteensä yhdeksän tieteellistä tutkimusta.

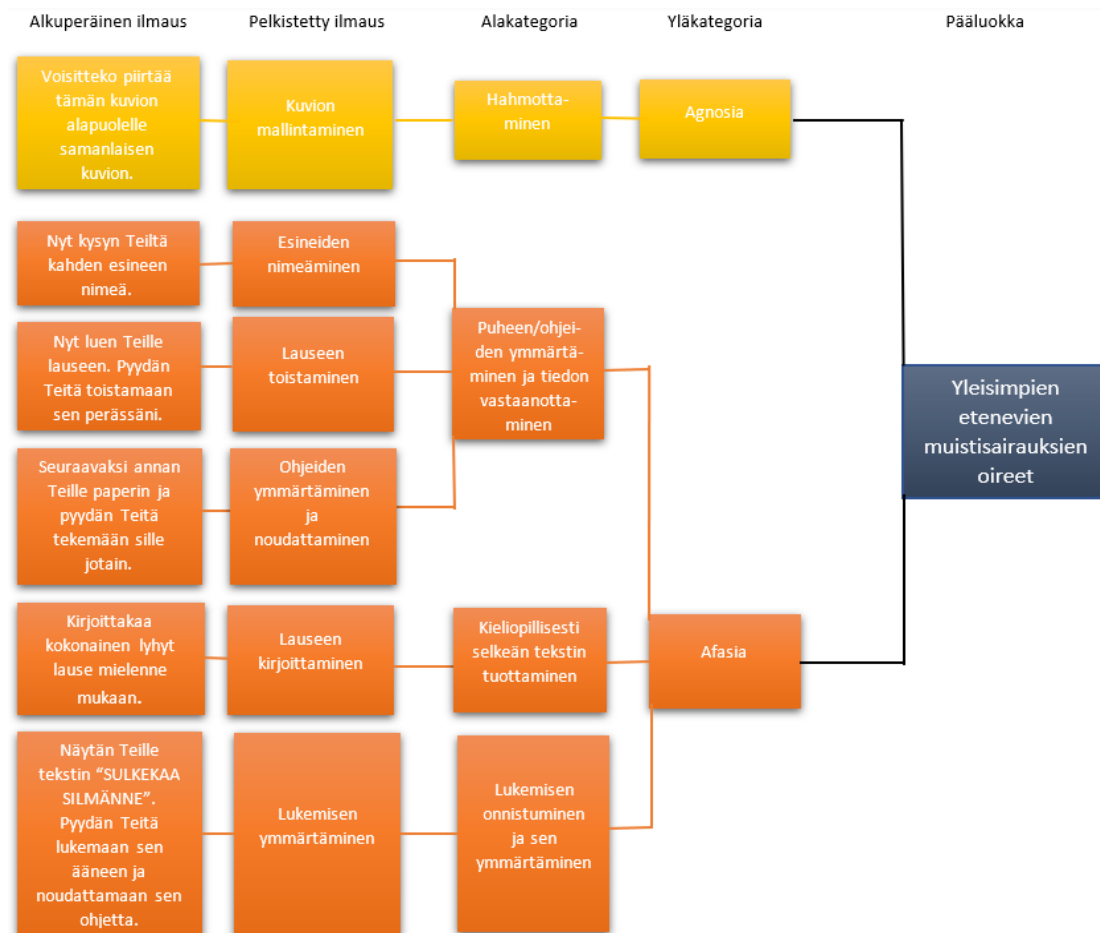
### 7.3 Aineiston analyysi

Analyysin tarkoituksena on löytää vastaukset asetettuihin tutkimuskysymyksiin. Valmistauduimme analyysiin tutustumalla perusteellisesti valittuihin tutkimuksiin sekä opinnäytetyötä ohjaaviin MMSE-testiin ja GDS-15 asteikkoon. Päätimme hyödyntää kyseisiä testejä analysoinnin runkona. Taulukoimme testeissä käytetyt alkuperäiset ilmaukset ja pelkistimme ne. Näistä pelkistetyistä ilmauksista muodostimme alakategorioita, jotka edelleen ryhmittelimme yläkategorioihin. Pääluokiksi määräytyivät “yleisimpien etenevien muistisairauksien oireet” sekä “ikäntyneiden masennuksen oireet”. Teimme näistä kaaviot prosessia selkeyttääksemme. Tämän jälkeen etsimme aineistosta opinnäytetyölle oleelliset ilmaukset ja tulokset, jotka kategorisoimme värikoodien avulla. Luokittelimme nämä MMSE-testistä ja GDS-15 asteikosta muodostuneiden yläkategorioiden alle. Tässä kohtaa huomasimme, että kaikkiin yläkategorioihin ei saatu tuloksia etsittyjen tutkimusten pohjalta. Täydensimme tutkimusaineistoa viidellä tutkimuksella, jotka käsitelimme aikaisempien tapaan. Näiden tutkimusten myötä tulokset täydentyivät halutun kaltaisiksi ja jokaisen yläkategorioiden oireet tuli käsiteltyä. Lopuksi tarkastelimme vastaavatko MMSE-testin sekä GDS-15 asteikon pohjalta saadut luokitellut tulokset asetettuja tutkimuskysymyksiä.

Koska opinnäytetyömme pohjana on käytetty MMSE-testiä ja GDS-15 asteikkoa, tuloksissa on keskitytty pääasiassa näiden avulla tunnistettaviin oireisiin. Työssä on analysoitu yleisimpien etenevien muistisairauksien ja ikäntyneiden masennuksen oireet erillisinä kokonaisuuksina. Alla olevissa kuvioissa (kuvio 1 ja kuvio 2) on kuvattu MMSE-testin ja GDS-15 asteikon avulla kartoitettavia muistisairauden ja ikäntyneiden masennuksen oireita. Lisäksi taulukossa (taulukko 11) on esitetty esimerkki sisälönanalyysin etenemisestä koskien ikäntyneiden masennuksen oireita.

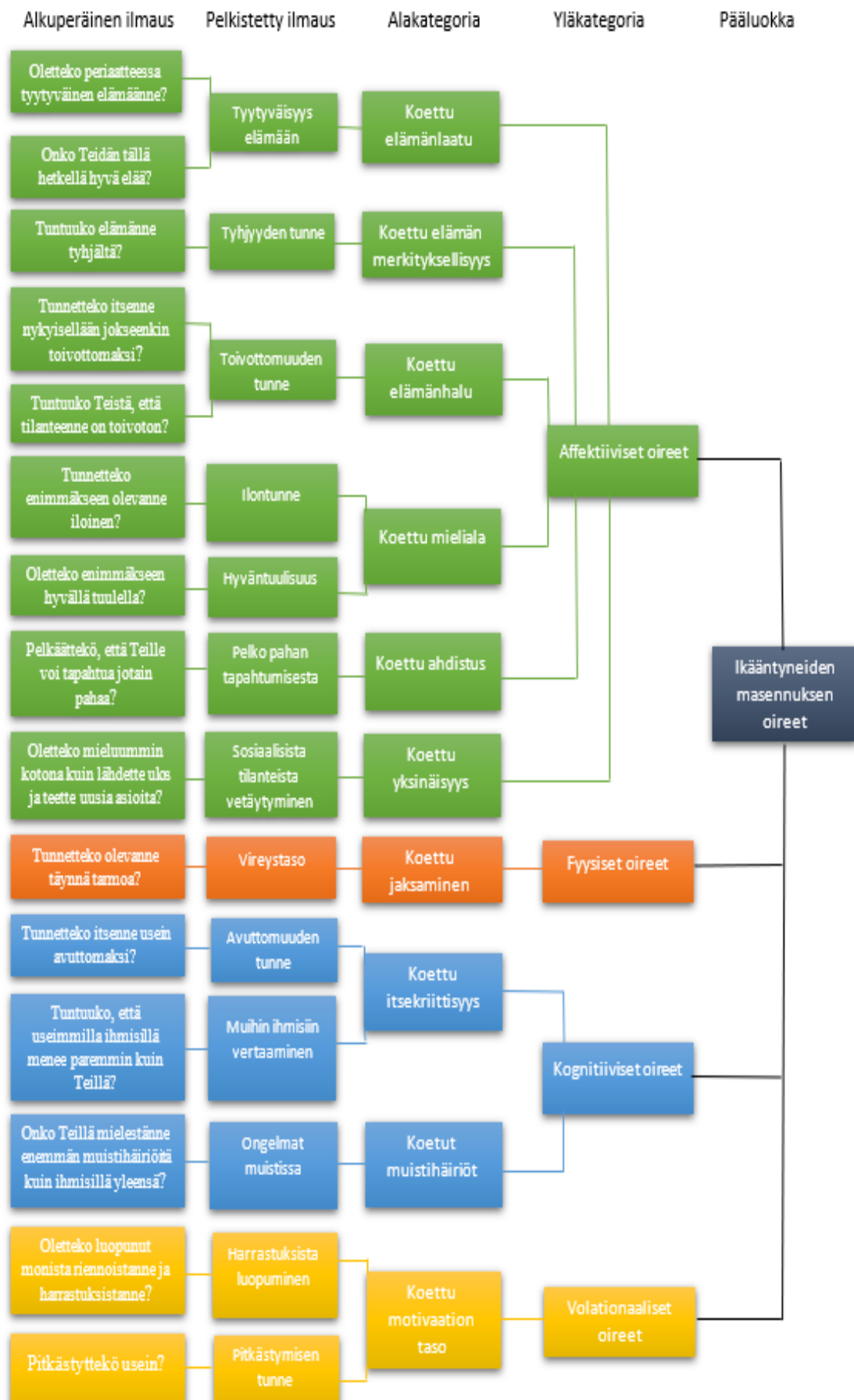


Kuvio 1. MMSE-testissä kuvatut oireet, jatkuu



Kuvio 1. MMSE-testissä kuvatut oireet





Kuvio 2. GDS-15 asteikon avulla kuvatut oireet.

Taulukko 11. Esimerkki sisällönanalyysin etenemisestä koskien ikääntyneiden masennuksen oireita.

Alkuperäinen ilmaus	Pelkistetty ilmaus	Alakategoria	Yläkategoria	Pääluokka
”Masentuneista suurempi osa ei osallistunut kodin ulkopuoliseen vapaa-ajan toimintaan verrattuna ei masentuneisiin.”	Kodin ulkopuolisen vapaa-ajan toiminnan väheneminen	Vaikeudet jakamisessa	Fyysiset oireet	Ikääntyneiden masennuksen oireet
”Masentuneet olivat tyytymättömämpiä fyysiseen terveyteensä ja saivat keskimäärin huonompia pisteitä jokaiselta fyysisen terveyden osa-alueelta WHOQOL-BREF-mittarissa.”	Koetun fyysisen terveyden heikentyminen	Fyysisen terveyden aleneminen	Fyysiset oireet	
”Leskeksi jääneillä iäkkäillä oli korkeimmat GDS pisteet verrattuna naimisissa oleviin tai aviottomiin. Naimisissa olevilla oli matalimmat GDS pisteet.”	Leskeyden yhteys masennukseen	Yksinäisyys	Affektiiviset oireet	
”Masentuneiden joukossa ystävien määrän ka oli 4,2 ystävää, mediaanin ollessa kolme. Yli viidesosalla masentuneista ei ollut lainkaan ystäviä.”	Ystävyys-suhteiden määrä	Syrjäytyminen	Affektiiviset oireet	

#### 7.4 Aikataulu

Helmikuussa 2020 saimme työllemme aiheen, joka valikoitui saatavilla olevista, koululta valmiiksi tilatuista opinnäytetyöaiheista. Opinnäytetyö alkoi helmi-maaliskuussa opintojaksoon liittyvien harjoitustehtävien tekemisellä sekä kirjoittamiseen liittyvään teoriatietoon perehtymisellä. Samoihin aikoihin pääsimme tekemään alustavaa tiedonhakuprosessia. Opinnäytetyösuunnitelman ensimmäinen versio palautettiin toukokuun alkupuolella ja loppukuu käytettiin suunnitelman täydentämiseen. Saimme opettajan hyväksynnän suunnitelmalle kesäkuun alkupuolella, jonka jälkeen välitimme sen opinnäytetyön yhteyshenkilölle. Yhteydenpidossa tapahtuneen viivästymisen takia saimme hyväksynnän suunniteltua myöhempänä ajankohtana.

Opinnäytetyösopimuksen kaikkine allekirjoituksineen saimme 6.9.2020, jonka jälkeen ryhdyimme tiiviissä aikataulussa kirjoittamaan raportin teoriaosuutta. Tämän saimme valmiiksi syyskuun aikana. Lokakuun puolella pääsimme aloittamaan opinnäytetyön perusteellisen analysoinnin ja viimeistelyn. Valmiin työn palautimme opettajalle lokakuun loppupuolella. Aikataulusuunnitelma on kuvattu alla olevaan taulukkoon (taulukko 12).

Taulukko 12. Aikataulusuunnitelma.

<b>Helmi-maaliskuu 2020</b>	Opinnäytetyön aloittaminen
<b>Maalis-huhtikuu 2020</b>	Tiedonhaku ja alustava tutkimusten etsiminen
<b>5.5.2020</b>	Suunnitteluseminaari, opinnäytetyön suunnitelman esittäminen
<b>5.5.-31.5.2020</b>	Opinnäytetyön suunnitelman täydentäminen ja hyväksyttäminen opettajalla
<b>2.6.2020</b>	Opettajan hyväksyntä opinnäytetyösuunnitelmaan
<b>Elokuu 2020</b>	Tilaaajan hyväksyntä opinnäytetyösuunnitelmaan, opinnäytetyösopimuksen tekeminen
<b>6.9.2020</b>	Opinnäytetyösopimus allekirjoitettu
<b>Syyskuu 2020</b>	Opinnäytetyön raportin kirjoittaminen, teoriaosuuden työstäminen
<b>Lokakuu 2020</b>	Tutkimusten analysointi, raportin kirjoittaminen ja viimeistely, palauttaminen opettajalle
<b>Marraskuu 2020</b>	Valmiin opinnäytetyön esittäminen, kypsyysnäyte

## 8 TULOKSET

Opinnäytetyössä on hyödynnetty teorialähtöistä sisällönanalyysia tulosten saamiseksi. Analysoinnin pohjana on käytetty MMSE-testiä ja GDS-15 asteikkoa. Tulokset esitetään näiden kahden mittarin pelkistämässä muodostuneiden yläkategorioiden avulla. MMSE-testin pelkistäminen tuotti yläkategoriat orientaatio, muisti, agnosia ja afasia.

Tuloksissa olemme huomioineet näiden lisäksi apraksian sekä käytösoireet, sillä ne ovat merkittävä osa muistisairauksien oireita vaikkei niitä MMSE-testin avulla kartoitetaakaan.

GDS-15 asteikko tuotti yläkategoriat affektiiviset oireet, fyysiset oireet, kognitiiviset oireet ja volitionaaliset oireet. Ikääntyneiden masennusta koskevissa tuloksissa on esitetty eri tutkimusten tuloksia sekä vertailtu kahden eri kohdejoukon vastauksia GDS asteikon kysymyksiin. Ensimmäisen kohdejoukon henkilöt sairastavat ensimmäistä masennusjaksoaan ja toisessa henkilöt ovat sairastaneet masennusta jo pidempään. Molemmissa tutkimuksissa kohdejoukkoon valikoituneet henkilöt olivat yli 60-vuotiaita.

Lopussa on käsitelty MMSE-testin sekä GDS-15 asteikon luotettavuutta. Tuloksissa on lisäksi arvioitu testien hyödyllisyyttä muistisairauksien ja ikääntyneiden masennuksen tunnistamisessa ja vakavuusasteen arvioinnissa.

### 8.1 Orientaatiohäiriöt muistisairauden oireena

Alzheimerin tauti potilaiden, otsa-ohimolohkorappeuma potilaiden sekä kontrolliryhmän muistia, aika-, paikka- ja yleistä orientaatiota mittaavien testitulosten mukaan otsa-ohimolohkorappeumaa sairastavilla orientaatiokyvyssä ei ollut kontrolliryhmään verrattuna juurikaan eroja. Orientaatiokyvyt olivat häiriintyneet eniten Alzheimerin tauti potilailla verrattuna kahteen muuhun ryhmään. Tutkijoiden mukaan pelkästään pisteet muistitoiminnoista ja orientaatioista pystyisivät erottelamaan kyseiset muistisairaudet toisistaan diagnoosia tehdessä 78%:ssa tapauksista. (Yew, Alladid, Shailajad, Hodgesa & Hornbergera 2013, 475-476.)

Otsa-ohimolohkorappeumaa sairastavilla aika- ja paikkaorientaatio oli kontrolliryhmän tasoa. Tutkijoiden mukaan tämä on ollutkin jo tiedossa, mutta sitä ei aikaisemmin ole tutkitusti todettu. Testituloksia analysoitaessa voitiin huomata, että paikkaorientaatio oli koko tutkimusjoukon kesken merkittävästi parempi kuin aikaorientaatio. Tutkimustulokset vahvistivat yleistä käsitystä siitä, että Alzheimerin tautia sairastavilla on vakavia orientaatiohäiriöitä, kun taas otsa-ohimolohkorappeumaa sairastavilla

aikaa ja paikkaa koskevan informaation tuottaminen sujuu helpommin. (Yew ym. 2013, 475-476.)

## 8.2 Muistihäiriöt muistisairauden oireena

Muistitestien avulla selvisi, että otsa-ohimolohkorappeumaa sairastavilla muistitoiminnot olivat häiriintyneet kontrolliryhmään verrattuna. Poikkeuksena oli lyhytkestoisista muistia testaava osio sekä nimen ja osoitteen muistaminen, jotka onnistuivat otsa-ohimolohkorappeumaa sairastavilta hyvin. Muistitoiminnot olivat häiriintyneet eniten Alzheimerin tauti potilailla verrattuna kahteen muuhun ryhmään. (Yew ym. 2013, 475-476.)

Tapahtumamuistin eroja eri muistisairauksissa on tutkittu. Lievää Alzheimerin tautia sairastavilla yleisin oire liittyi tapahtumamuistiin, kuten heille tehdyissä mieleenpauuttamista mittaavissa testeissä tuli ilmi. Esimerkiksi tarinan kuunteleminen ja ymmärtäminen ei tuottanut potilaille ongelmia, mutta kun heidän piti kertoa itse tarinan tapahtumat, oli se hyvin vaikeaa. Otsa-ohimolohkorappeumaa sairastavilla tapahtumamuisti ei paljoakaan eronnut Alzheimer potilaiden tasosta, huolimatta sairauden vakavuusasteesta (arvioitu MMSE:llä). (Adlam, Patterson, Patterson, Bozeat & Hodges 2020, 6-10.) Tapahtumamuistia ja uuden oppimiskykyä mitattaessa kummankin tautiryhmän edustajilla tulokset olivat kontrolliryhmää huonommat. Oppimiskyky oli heikoin Alzheimer potilailla. (Wong, Irish, O'Callaghan, Kumfor, Savage, Hodges, Piguet & Hornberger 2017, 14-18.)

Visuaalista muistia mittavassa kokeessa otsa-ohimolohkorappeumaa sairastavien ryhmä pärjäsi paremmin kuin Alzheimerin tauti ryhmä ja lähes saman tasoisesti kuin kontrolliryhmä (Adlam ym. 2020, 6-10). Alzheimerin tautia sekä otsa-ohimolohkorappeumaa sairastavien työmuistin taas on todettu olevan merkittävästi kontrolliryhmää huonommat (Wong ym. 2017, 14-18).

Otsa-ohimolohkorappeuma potilaiden ja Alzheimer potilaiden käyttäytymistä testitilanteessa havainnoitaessa on huomattu, että Alzheimerin tautia sairastavilla muisti ei riittänyt ohjeiden noudattamiseen, vaan he joutuivat yhä uudelleen kysymään "Mitä olinkaan tekemässä/Mitä pitikään tehdä". Otsa-ohimolohkorappeumaa sairastavilla keskittymiskyky oli huono; he katselivat ja kommentoivat ympäristön esineitä ja

juttelivat tutkijalle. Osa tämän ryhmän edustajista hylkäsi ohjeiden noudattamisen kokonaan testin aikana eli he eivät kyenneet toimimaan ohjeiden mukaan loppuun saakka. (Stopford, Thompson, Neary, Richardson & Snowden 2012, 435-438.)

### 8.3 Agnosia muistisairauden oireena

Testeissä, joissa mitataan Alzheimer ja Lewyn kappale -tauti potilaiden havaitsemiskykyä sekä sitä, miten eri näkökulmat, kuvantarkkuus aste (terävyys/sumuisuus) ja visuaalisen hahmottamisen vaikeudet vaikuttavat objektien tunnistamiseen, on löytynyt eroja. Lewyn kappale -tauti potilaiden oli Alzheimer potilaita huomattavasti vaikeampi tunnistaa objekteja, jotka olivat sekä epätarkkoja että kuvattu vaikeammin tunnistettavasta näkökulmasta. Alzheimerin tautia sairastavien oli erityisen haastavaa tunnistaa vaikeammin tunnistettavasta näkökulmasta kuvattuja objekteja, kuten kelloa. Alzheimerin tautia sairastavien ja kontrolliryhmän väliltä ei löytynyt suuria eroja visuaalisen hahmotuskyvyn kanssa. Sen sijaan Alzheimer ja Lewyn kappale -tauti potilaiden erot perus havaitsemiskykyä mittaavissa testeissä olivat huomattavia. (Oishi, Imamura, Shimomura & Suzuki 2020, 27-29.)

Eri ryhmien välillä ilmeni eroja visuaalisen hahmottamisen toimintojen kanssa. Näitä toimintoja ovat esimerkiksi värien nimeäminen, muotojen tunnistaminen sekä avaruudellinen hahmottaminen. Värien nimeäminen sekä muotojen tunnistus oli Lewyn kappale -tautia sairastaville vaikeampaa kuin Alzheimer potilaille. Sen sijaan Alzheimer potilaiden ja kontrolliryhmän välillä ei juurikaan todettu eroja. Myös avaruudellisessa hahmottamisessa sekä objektien tunnistamisessa Lewyn kappale -tautia sairastavat selvisivät huonommin kuin Alzheimerin tautia sairastavat. Kontrolliryhmä pärjäsikin tässä osiossa kuitenkin Alzheimer potilaita paremmin. (Oishi ym. 2020, 27-29.)

### 8.4 Afasia muistisairauden oireena

Vertailtaessa potilaita, joilla on Wernicken afasia aivoverenvuodosta johtuen (WA) sekä potilaita, joilla on dementia on huomattu, että yksittäisten sanojen ymmärtäminen on helpompaa dementiaa sairastaville potilaille. Arkipäiväisten esineiden tunnistamisenkin sujuu paremmin dementiaa sairastavilla kuin WA potilailla. Sen sijaan abstraktien sanojen ja esineiden ymmärtäminen on huomattavasti haastavampaa. Lauseiden,

olivat ne sitten helppoja, keskivaikeita tai vaikeita, ymmärtäminen on helpompaa dementiaa sairastavilla potilailla kuin WA potilailla. Dementiaa sairastavilla potilailla puheen sisältö on myös enemmän relevanttia sekä sujuvampaa kuin WA:aa sairastavilla. (Jefferies, Rogers, Hopper & Ralph 2010, 10-13.)

Vuoden kuluttua uudestaan teetetyissä samoissa testeissä selvisi, että dementiaa sairastavien potilaiden keskivaikeiden ja vaikeiden lauseiden ymmärtäminen oli edelleen WA potilaita parempaa. Yksittäisten sanojen ymmärrys oli potilailla samalla tasolla. Sen sijaan dementiaa sairastavat potilaat eivät enää olleet esineiden tunnistamisessa yhtään WA potilaita parempia. (Jefferies ym. 2010, 10-13.)

### 8.5 Apraksia muistisairauden oireena

Vertailtaessa eri ryhmien diagnostiikkaa on huomattu raaja-apraksian erottavan puhe apraksian sekä amnestisen Alzheimerin taudin behavioraalisesta otsa-ohimolohkorappeumasta, semanttisesta dementiaasta sekä subjektiivisesta muistihäiriöstä. Raaja-apraksia erotti 83%:n varmuudella Alzheimerin taudin ja otsa-ohimolohkorappeuman eri muotoineen. Otsa-ohimolohkorappeuman ja Alzheimerin taudin kirjon taudit voivat olla vaikeita erotella toisistaan, johtuen niiden päällekkäisistä kognitiivisista oireista ja erityisesti apraksian eri muodot näyttäisivät auttavan tässä. (Ahmed, Baker, Thompson, Husain & Butler 2016, 1159-1160.)

Raaja-apraksia sekä vasemman aivolohkon toimintahäiriöt olivat yleisempiä Alzheimerin taudin kirjon taudeissa. Kaikilla tutkituista yhtä lukuun ottamatta oli raaja-apraksia, samoin kuin yli kahdella kolmasosalla Alzheimerin tautia ja puheen apraksiaa sairastavista potilaista. (Ahmed ym. 2016, 1159-1160.)

Apraksian tiheys on suurempi Alzheimerin taudissa (32,3%) kuin lievässä kognitiivisessä heikentymässä (4,8%) tai pienten suonten taudissa (16,7%). Myös apraksian tiheys sekä vakavuusaste on Alzheimerin taudissa merkittävästi suurempi kuin muissa kahdessa. Apraksian tiheys on kuitenkin merkittävästi suurempi pienten suonten taudissa kuin lievässä kognitiivisessä heikentymässä. (Ozkan, Adapinar, Elmaci & Arslantas 2013, 949-951.)

Ideationaalisessa apraksiassa potilas ei kykene yhdistämään mielessään eri esineitä niiden käyttötarkoituksiin. Hän saattaa siis nähdä esimerkiksi lusikan kädessään, mutta ei ymmärrä mitä sillä kuuluisi tehdä. Aiheesta tehdyssä tutkimuksessa selvisi, että 24,8%:lla muistisairaista esiintyi ideationaalista apraksiaa. Tämä vaikutti heidän kykynsä syödä omatoimisesti. Kyseisillä potilailla pisteet MMSE-testistä olivat alhaisemmat kuin muilla tutkimukseen osallistuneilla muistisairailta. Ideationaalista apraksiaa esiintyi merkittävästi useammin muistisairauden vaikeassa vaiheessa kuin muissa vaiheissa. (Hua-Shan & Li-Chan 2014, 199-206.)

Ideationaalisesta apraksiasta kärsivät potilaat ovat lähes täysin riippuvaisia toisten avusta syömisen onnistumiseksi. He tarvitsevat sanallista ohjeistusta tai fyysistä avustamista syömistäpahtumassa. Kuitenkin pureskelussa ja nielemisessä potilaat tarvitsevat vähemmän apua. Syömiseen käytetty kokonaisaika on syötettävillä potilailla lyhyempi ja määrät, jotka he syövät ruokaa ovat isommat (90%) kuin ei-syötettävillä (78,9%). Syömiseen käytetty kokonaisaika ideationaalisesta apraksiasta kärsivillä on keskimäärin 14.4 minuuttia, joista keksimäärin 9.8 minuuttia onnistuu hoitajan avustuksella. Ideationaalinen apraksia vaikuttaa siis sekä ruokailun onnistumiseen että ravinnon saamiseen muistisairailta. (Hua-Shan & Li-Chan 2014, 199-206.)

## 8.6 Käyttöoireet muistisairauksissa

Helsingin yliopiston teettämässä tutkimuksessa selvisi, että 23,1% akuuttien geriatristen osastojen potilaista ja palvelutalojen asukkaista kärsi apatiasta. Apatia oli yleinen oire huolimatta muistidiagnoosista ja se loi huonon ennusteen potilaalle. Tutkimuksen jälkeisen vuoden mittaisen seurannan aikana yksi kolmasosa apatiaa kokeneista potilaista oli menehtynyt. Apatialla oli yhteys myös mataliin MMSE pisteisiin. Apaattisilla potilailla MMSE oli keskimäärin 9,2 kun taas ei-apaattisilla potilailla vastaava luku oli 14. Masennusoireita ensimmäiseksi mainituilla oli 65,0%:lla ja viimeiseksi mainituilla potilailla 58,1%:lla. Masennuksella ei ollut merkittävää yhteyttä apatian esiintyvyyden kanssa. (Hölttä 2017, 69-83.)

Enemmän kuin neljällä viidestä muistisairaista potilaista ilmeni useita käyttöoireita. Käyttöoireita ilmeni potilailla keskimäärin 2,8 ja enemmän kuin yksi käyttöoire ilmeni 67,2%:lla. Keskimäärin muistisairailla, joilla oli yksi tai useampi käyttöoire, saivat MMSE pisteitä 10,5. (Hölttä 2017, 69-83.)



Käyttöoireet eivät olleet potilaan ennustetta huonontava tekijä. Psykoottisia oireita esiintyi 39,2%:lla potilaista, mikä on samassa linjassa edellisten aiheesta tehtyjen tutkimusten kanssa (36-45%). Harhaluuloja tässä tutkimuksessa ilmeni muistisairaista 30,2%:lla, näköharhoja 18,7%:lla ja kuuloharhoja 10,6%:lla. Tutkimuksen mukaan muistisairaiden ryhmällä, joilla oli psykoottisia oireita, MMSE pisteet olivat keskimäärin 9,5. Taas ryhmällä, jolla ei esiintynyt psykoottisia oireita MMSE pisteet olivat keskimäärin 11,2. Ensimmäisellä ryhmällä aggressiivisuutta ja/tai levottomuutta ilmeni 54,1%:lla ja jälkimmäisellä ryhmällä 25,2%:lla. (Hölttä 2017, 69-83.)

Tutkimusten mukaan käyttöoireiden esiintyvyydellä on yhteys riskiin sairastua myöhemmin muistisairauteen. On huomattu, että lievää kognitiivista heikentymää sairastavilla, joilla esiintyi käyttöoireita, 24,9% sai myöhemmin Alzheimerin tauti diagnoosin. Heistä niillä, joilla esiintyy yksi tai useampi käyttöoire on suurempi riski sairastua muistisairauteen. Jo lievääasteiset käytöshäiriöt ennustavat sairauden puhkeamista myöhemmin. (Peters, Rosenberg, Steinberg, Norton, Welsh-Bohmer, Hayden, Breitter, Tschanz, Lyketsos, & Cache County Investigators 2013, 5-6; Rosenberg, Mielke, Appleby, Oh, Geda & Lyketsos 2013, 5-6.) Käyttöoireiden on myös todettu kuuluvan Alzheimerin taudin ensioireisiin ja että niitä hoitamalla saatettaisiin taudin kulkua pysäyttämään hidastamaan (Rosenberg ym. 2013, 5-6). On myös todettu, että käyttöoireiden vakavuusaste sekä tiheys korreloivat muistisairausdiagnoosin saamisen kanssa (Beaudreau, Kaci Fairchild, Spira, Lazzeroni & O'Hara 2013, 4-6).

Kolme käyttöoireryhmää erotelleessa tutkimuksessa "Vakavien oireiden- ryhmään" sisältyivät levottomuus, ahdistuneisuus, apatia, unihäiriöt sekä estottomuus (7%). "Mielialaryhmään" kuuluivat masennus, ahdistuneisuus, ärtyneisyys sekä unihäiriöt (37%). Kolmanteen ryhmään kuuluivat muut käyttöoireet (56%) ja tähän ryhmään verrattuna "Vakavien oireiden- ryhmään" kuuluvilla oli yli kaksinkertainen riski sairastua muistisairauteen. "Mielialaryhmään" tutkittavilla taas todettiin lähes kaksinkertainen riski sairastua. (Forrester, Gallo, Smith & Leoutsakos 2016, 4-6.)

Käyttöoireiden ja toimintakyvyn yhteyttä tutkittaessa, erityisesti apatian, ahdistuksen, motoristen- ja unihäiriöiden on todettu olevan yhteydessä huomompaan toimintakykyyn. Vaikea apatia on lisäksi yhteydessä yhä heikkenevään toimintakykyyn. Sen sijaan harhaluuloilla ja hallusinaatioilla ei ole havaittu olevan yhteyttä toimintakykyyn. Mitä tiheämmin ja mitä vakavammat oireet ovat, sitä enemmän potilaat tarvitsevat

tukea päivittäisissä toiminnoissa. Myös MMSE pisteillä on selkeä yhteys toimintakykyyn. (You, Walsh, Chiodo, Ketelle, Miller & Kramer 2015, 4-5.)

Tanskalaisessa tutkimuksessa havainnoitiin taas käytösoireiden yhteyttä sairaudentunnottomuuteen. 321:lla Alzheimerin taudin varhaisen vaiheen potilaista 30%:lla oli “täysi käsitys” sairaudestaan, 59 %:lla “vähäinen käsitys” ja 11 %:lla ei ollut käsitystä lainkaan. Tutkimuksen mukaan potilailla, joilla oli huono käsitys omasta sairauden tilastaan, esiintyi käytösoireita merkittävästi enemmän kuin potilailla, joilla oli parempi käsitys kognitiivisista vajauksistaan. Heikko ymmärrys omasta sairaudestaan onkin tutkimuksen mukaan tärkeä tekijä käytösoireiden ilmaantumisessa – jopa Alzheimerin taudin alkuvaiheessa. Taas MMSE-testin tulos oli korkeampi potilailla, joilla oli täysi käsitys omasta sairaudestaan verrattuna niihin, joilla ei ollut käsitystä lainkaan. 57% potilaista arvioi muistinsa paremmaksi kuin hoitajan arvio muistista, 33% arvioi muistinsa saman tasoiseksi kuin hoitajan arvio ja 10%:lla potilaista hoitaja arvioi muistin paremmaksi kuin potilas itse sen arvioi. (Vogel, Waldorff & Waldemar 2010, 273-275.)

Käytösoireiden esiintyvyydestä on teetetty tutkimuksia. Tyypillisimmin esiintyvät käytösoireet olivat yhdessä tutkimuksessa ärtyneisyys (42,9%), apatia (38,6%), masennus (36,1%), ahdistus (28,7%) sekä levottomuus (23,4%). Myös seuraavat käytösoireet ilmenivät tutkittavien keskuudessa: harhaluulot (15,9%), hallusinaatiot (12,1%), euforia (8,1%), estottomuus (16,1%), motoriset häiriöt (16,5%), unihäiriöt (10,9%), syömisen häiriöt/ruokahaluttomuus/liikasyöminen (21,2%). 16,2%:lla potilaista ei ilmennyt lainkaan käytösoireita. Mitä enemmän tutkittavilla oli käytösoireita, sitä enemmän heillä todettiin ahdistuneisuutta. (Vogel ym. 2010, 273-275)

Taas Itä-Suomen yliopiston teettämän tutkimuksen mukaan suurimmat oireryhmät olivat masennus (37,1%), ahdistuneisuus (25,8%), ärtyneisyys (34,2%), apaattisuus (47,9%) sekä levottomuus (29,6%). Potilaiden kesken esiintyi myös harhaluuloisuutta (22,5%), hallusinaatiota (15,4%), euforiaa (5,8%), estottomuutta (14,6%), poikkeavaa motorista käytöstä (18,8%), häiriöitä syömisessä (25,8%) sekä unihäiriöitä (13,9%). Puolisot, jotka toimivat omaishoitajina, ilmoittivat enemmän unihäiriöitä kuin muut hoitajat. (Hongisto 2017, 54.)

Alzheimerin taudin aivan varhaisessa vaiheessa käytösoireita esiintyi tutkittavien kesken usein, 76,5 %:lla vähintään yksi. Lievän vaiheen Alzheimer potilaista 84,9%:lla esiintyi vähintään yksi käytösoire. Melkein puolella erittäin lievää ja lievää Alzheimerin tautia sairastavilla potilailla todettiin kolme tai useampi käytösoire. (Hongisto 2017, 54.)

Käytösoireiden esiintyvyyttä eri muistisairauksissa selvittävässä tutkimuksessa Lewyn kappale -tautia sairastavilla oli pahemmat tyytymättömyyden tunteet, harhaluulot ja hallusinaatiot, erityisesti visuaaliset, kuin Alzheimer potilailla. Kenelläkään Alzheimerin tautia sairastavista tutkittavista ei ilmennyt näköharhoja, mutta kolmella heistä ilmeni kuuloharhoja. (Oishi ym. 2020, 27-29.)

### 8.7 Affektiiviset oireet masennuksesta kärsivillä ikääntyneillä

Masentuneiden iäkkäiden elämänlaatua mittaavissa tutkimuksissa on todettu masennuksen olevan tiiviisti sidoksissa koettuun elämänlaatuun. Elämänlaatu koetaan sitä huonommaksi, mitä vakavammasta masennuksesta on kyse. Tutkimuksessa huomattiin iäkkäiden QOL (quality of life) kokonaispisteiden laskevan samassa tasossa, kun GDS pisteet nousevat. (Voros, Gutierrez, Alvarez, Boda-Jorg, Kovacs, Tenyi, Fekete & Osvath 2019, 275.) Lisäksi masentuneet olivat tyytymättömämpiä omaan terveyteensä kuin masennusta sairastamattomat (Ylönen 2011, 33).

GDS-30-asteikon pohjalta toteutetun tutkimuksen mukaan yli 60-vuotiaat, ensimmäistä masennusjaksoaan sairastavista (n=79) monet kokivat elämänlaatunsa heikoksi. 77,2% vastaajista koki tyytymättömyyttä elämäänsä ja 45,6% oli sitä mieltä, ettei heillä ole tällä hetkellä hyvä elää. (Mehra, Grover, Chakrabarti & Avasthi 2017, 21.) Vastaavasti toisessa tutkimuksessa, joka koostui 83:sta ikääntyneestä masennuksesta kärsivästä potilaasta, vain 28,9% koki tyytymättömyyttä elämäänsä. Kohde-ryhmä myös vastasi kysymykseen “Onko Teidän tällä hetkellä hyvä elää?” hieman toista tutkimusjoukkoa valoisammin 61,4%:n myönteisesti vastanneiden ryhmällään. (Grover, Sahoo, Chakrabarti & Avasthi 2018, 68.)

Masentuneista osa voi kokea elämän merkityksellisyyden vähentyneen taudin puhkeamisen jälkeen. Tutkimuksissa selvisi, että lähes yhdeksän kymmenestä (86,1% ja 85,5%) masennusta sairastavista kokee elämän tuntuvan tyhjältä. (Grover ym. 2018, 68; Mehra ym. 2017, 21.)

Vakavissa masennustiloissa kuolemaan ja itsensä vahingoittamiseen liittyvät ajatukset voivat voimistua ja jopa konkretisoitua teoiksi. Masentuneen ajatusmaailma on pessimistinen. Hän voi jopa yrittää itsemurhaa tai laatia suunnitelman sen toteuttamisesta. (Lönnqvist, Henriksson, Marttunen & Partonen 2011, 156.) Tutkimuksissa tarkasteltiin potilaiden toivottomuuden tuntemuksia. Ensimmäistä masennusjaksoaan sairastavista yli 80% myönsi tuntevansa vähintään jonkin asteista toivottomuutta tilanteeseensa. (Mehra ym. 2017, 21.) Myös toisessa tutkimusjoukossa yli 70% koki tilanteensa toivottomaksi (Grover ym. 2018, 68.) Jopa 65 - 90%:ssa itsemurhissa on taustalla jokin mielenterveysongelma, useimmissa tapauksissa vakava masennus (Ciulla, Nogueira, Gomes da Silva Filho, Tres, Engroff, Ciulla & Neto 2013, 515).

Masentuneet kokevat pääasiassa mielialansa alakuloiseksi. Mitä vakavampi masennus on, sitä voimakkaammin se vaikuttaa mielialaan. (Lönnqvist ym. 2011, 155.) Ensimmäisen tutkimusjoukon henkilöistä alle 25% koki itsensä hyvätuuliseksi ja iloiseksi (Mehra ym. 2017, 21). Toisessa tutkimusjoukossa alle 20% tunsu itsensä iloiseksi, mutta yllättäen melkein 75% vastaajista kuitenkin koki itsensä enimmäkseen hyvätuuliseksi (Grover ym. 2018, 68).

Yli 60-vuotiaista masentuneista 72% koki huomattavaa ahdistusta. Masennuksen vakavuusasteella ei ole kuitenkaan todettu olevan merkittävää yhteyttä koettuun ahdistukseen. (Grover ym 2018, 66.) Ensimmäistä masennusjaksoaan sairastavista 81% pelkäsi, että heille voi tapahtua jotain pahaa (Mehra ym. 2017, 21). Myös toisen tutkimusjoukon henkilöistä yli 70% pelkäsi samaa asiaa (Grover ym. 2018, 68).

Ikääntyneiden masennuksen ja yksinäisyyden välillä todettiin huomattava yhteys ja tutkimuksen mukaan 37% masentuneista koki myös yksinäisyyttä. Tutkimus toteutettiin GDS- ja ULS- asteikkoja hyödyntäen. ULS-asteikon (UCLA Loneliness Scale) keskiarvo oli 40,5 pistettä maksimi pisteiden ollessa 80 pistettä ja GDS-asteikon keskiarvo oli 13,8 pistettä 30:stä pisteestä. Sosiaalinen turva ja korkeampi

tulotaso nostivat molempien asteikoiden pisteitä. (Aylaz, Aktürk, Erci, Öztürk & Aslan 2012, 550.) Siviilisäädyllyä huomattiin myös olevan merkitystä saatuihin GDS pisteisiin ja siten masennuksen tasoon. Leskeksi jääneet saivat tavallisimmin korkeampia pisteitä naimisissa oleviin tai aviottomiin verrattuna. Naimisissa olevat saivat matalimmat pisteet GDS:stä. (Kabátová, Urícková & Botíková 2014, 105.) Masentuneen iäkkään yksinäisyyttä kuvaavia piirteitä olivat haavoittuvuus, pelokkuus, avuttomuus, itsekontrollin menettäminen sekä hämmennys identiteetistä (Marliana, Keliat, Daulima & Rahardjo 2019, 6).

Yli viidesosalla masentuneista ei ole lainkaan ystäviä. Keskiarvoisesti ystäviä on 4,2 mediaanin ollessa 3. Tutkimuksessa verrattiin GDS-15:stä saatuja pisteitä WHOQOL-BREF:n eli Maailmanterveysjärjestön elämänlaatumittarin sosiaalisten suhteiden osalta saatuihin pisteisiin. GDS-15 pisteiden noustessa, WHOQOL-BREF pisteet laskivat. (Ylönen 2011, 29 – 30.)

Ensimmäistä masennusjaksoaan sairastavien tutkimusjoukosta noin 74% on mieluummin kotona kuin lähtee ulos ja tekee uusia asioita (Mehra ym. 2017, 21). Masennusta jo pidempään sairastaneista taas jopa 83% jää mieluummin kotiin (Grover ym. 2018, 68).

## 8.8 Fyysiset oireet masennuksesta kärsivillä ikääntyneillä

Masennuksesta kärsivien iäkkäiden aktiivisuus on vähäistä. Useat masentuneet iäkkäät kertovat, etteivät jaksakaan osallistua kodin ulkopuoliseen vapaa-ajan toimintaan. Suurimmiksi syiksi kuvailtiin vaikeutta liikkua ja laiskuutta. (Ylönen 2011, 31 – 32.) Lisäksi kroonisista sairauksista kärsivien GDS pisteet olivat korkeammat kuin ei kroonisista sairauksista kärsivien. Kipu koettiin masennuksen riskitekijänä, joka huomattiin myös GDS pisteiden nousuna. (Kabátová ym. 2014, 107.)

Tutkimuksessa käytetyn PHQ-15 lomakkeen mukaan jokainen masentunut potilas ilmoitti kärsivänsä vähintään yhdestä somaattisesta vaivasta. Yleisimpiä vaivoja olivat vaikeudet nukkua (97,5%), väsymyksen tunne tai vähäinen energia (96,2%), sydämen tiheälyöntisyys (52,9%), ummetus/ripuli (49,6%), hengitysvaikeudet (46,8%),

huonovointisuus/ruuansulatusongelmat (45,6%), kivut käsissä, jaloissa tai nivelissä (43,3%) sekä selkäkivut (41,8%). Useimpia somaattisia oireita esiintyi silti vähemmän masennuksesta kärsiviin työikäisiin verrattuna. (Mehra ym. 2017, 18.)

Tutkimuksessa todettiin myös masentuneiden iäkkäiden olevan tyytymättömämpiä sukupuolielämäänsä. Lisäksi tyytyväisyys omaan fyysiseen terveyteen oli vähäisempää, ja he saivatkin keskimäärin huonompia pisteitä WHOQOL-BREF-mittarin fyysisen terveyden jokaiselta osa-alueelta. (Ylönen 2011, 30.)

Ensimmäistä masennusjaksoaan sairastavien yli 60-vuotiaiden tutkimusjoukossa ainoastaan 16,5% vastaajista koki olevansa täynnä tarmoa (Mehra ym. 2017, 21). Masennusta pidempään sairastaneiden tutkimusjoukossa prosenttiluku on aavistuksen matalampi 14,5%:n joukollaan (Grover ym. 2018, 68).

#### 8.9 Kognitiiviset oireet masennuksesta kärsivillä ikääntyneillä

Iäkkäiden heikentyneen kognition ja masennuksen välillä on todettu olevan yhteys. Mitä heikompi kognitiotaso, sitä suurempi riski on sairastua masennukseen. (Kabátová ym. 2014, 107.)

Ensimmäisen tutkimusjoukon vastaajista 83,5% tunsi itsensä usein avuttomaksi. Lisäksi kolme neljästä vastaajasta ajatteli muilla ihmisillä menevän paremmin kuin itsellä. (Mehra ym. 2017, 21.) Kuten ensimmäistä masennusjaksoaan sairastaneiden joukossa niin myös masennusta pidempään sairastaneista valtaosa koki itsensä avuttomaksi (85,5%). Heistä hieman suurempi osa ajatteli muilla ihmisillä menevän paremmin kuin itsellä (79,5%). (Grover ym. 2018, 68.)

Muistihäiriöt eivät ole yhtä yleinen oirekuva ikääntyneiden masennuksen yhteydessä kuin tunne-elämän oireet. Kuitenkin yli joka toinen tutkimusjoukon vastaajista koki kärsivänsä muistihäiriöistä enemmän kuin ihmiset yleensä. Ensimmäistä masennusjaksoaan sairastavista 55,7% ja pidempään masennusta sairastaneista 65,1% ilmoitti kärsivänsä muistihäiriöistä. (Grover ym. 2018, 68; Mehra ym. 2017, 21.)

### 8.10 Volationaaliset oireet masennuksesta kärsivillä ikääntyneillä

Masennuksesta kärsivät iäkkäät harrastavat samassa määrin liikuntaa kuin ei masentuneetkin. Osallistumisesta ohjattuihin ryhmäliikuntatunteihin, esimerkiksi voimisteluun, vesivoimisteluun, palloiluun tai tanssiin, ei tutkimuksessa löydetty merkitseviä eroja masentuneiden ja ei masentuneiden välillä. Kuitenkin poislukien liikunta, masentuneilla oli vähemmän muita säännöllisiä harrastuksia. (Ylönen 2011, 31.) Motivaation puute näkyy monen masentuneen iäkkään elämässä. Lähes yhdeksän kymmenestä tutkittavasta on ilmoittanut luopuneensa monista riiennoista ja harrastuksistaan. Yli 80% kokee myös pitkästyvänsä usein. (Grover ym. 2018, 68; Mehra ym. 2017, 21.)

### 8.11 Seulontamenetelmänä käytettyjen testien luotettavuus

MMSE-testin tulosten yhteyttä muistisairauden diagnoosiin on myös tutkittu. Yli 20 pistettä testistä saaneista 1,5%:lla diagnosoitiin muistisairaus. Alle 20 pistettä saaneista taas 19,4%:lla todettiin muistisairaus. MMSE-testiä pidetään hyvänä apuvälineenä muistisairauden diagnoosin tekemiseen. (James, Thompson, Willie-Tyndale, Holder Nevins, Gibson, Johnson, McKoy Davis & Eldemire-Shearer 2019, 37.)

MMSE-testin on todettu olevan epätarkka erityisesti lievän kognitiivisen heikentymän ja Alzheimerin taudin erotusdiagnoosiikassa. Myös normaalin kognition ja lievän kognitiivisen heikentymän erottelussa MMSE oli riittämätön työväline. MMSE-testiä ei koettu hyödyllisenä välineenä selvittämään muistisairauden astetta. Tutkijoiden mukaan MMSE-testi yksinään saattaa vaikuttaa vääränlaisen tutkimusjoukon valintaan tutkimuksissa, joissa yritetään kehittää Alzheimerin taudin diagnostiikkaa sekä hoitoa. (Chapman, K. R., Bing-Canar, Alosco, Steinberg, Martin, Chaisson, Kowall, Tripodis & Stern 2016, 45.)

Masennuksen eri seulontamenetelmien välillä on saatu pieniä eroja. Verrattaessa GDS-15 asteikkoa BDI-II testiin, todettiin BDI-II testin havaitsevan vakavia masenustiloja 10% enemmän kuin GDS-15. BDI-II pystyi myös antamaan viitteitä keskivaikean masennuksen oireista. (Grover ym. 2018, 68.) Toisin kuin GDS-15 asteikko, BDI-II testissä kartoitetaan myös potilaan somaattisia oireita, joka voi selittää 10%:n

eron tuloksien välillä. On tutkittu, että GDS ei ota huomioon iäkkäiden masennuksen somaattisia oireita, kuten ruokahaluttomuutta ja nukkumisvaikeuksia. Oireprofiili iäkkäiden masennuksen yhteydessä ulottuu paljon GDS-asteikon oireita laajemmalle. (Mehra ym. 2017, 18.)

GDS-15 asteikolla saatavien pisteiden mukaan masennuksen vakavuusaste voidaan jaotella ”normaaliin”, ”lievään” sekä ”vakavaan”. ROC-käyrän avulla normaalin ja lievän masennuksen raja-arvoksi saatiin 4 sekä lievän ja vakavan masennuksen raja-arvoksi 11. Tämän analysointimenetelmän mukaan 4 pistettä on normaalin raja. Pisteet 5-10 viittaavat lievään masennukseen ja 11 pistettä tai yli vakavaan masennukseen. Toisen analysointimenetelmän, Youden indeksin, avulla saadut raja-arvot erosivat hieinan ROC-käyrän raja-arvoista. Youden Indeksien avulla raja-arvoiksi saatiin viisi ja kymmenen. Normaalin raja kulkee viidessä pisteessä. 6-9 pistettä tarkoittaa lievää masennusta ja 10 pistettä tai yli vakavaa masennusta. Youden indeksiä pidetään diagnostisesti tarkempana kuin ROC-käyrää. (Cheolmin, Moon, Seung-Hoon, Young-Hoon, Yong-Ku, Kyu-Man, Hyun-Ghang & Changsu 2019, 372.)

GDS-15 on hyödyllinen apuväline määrittämään geriatrisen masennuksen astetta sekä lievän että vakavan masennuksen kohdalla. Tutkimuksessa löydettiin lisäksi merkittävä yhteys GDS pisteiden ja muiden neuropsykologisten testien välillä. (Cheolmin ym. 2019, 370.)

## 9 POHDINTA

Aihe ”Etenevien muistisairauksien ja masennuksen oireet ikääntyneillä” on erittäin laaja, mistä syystä opinnäytetyö olisi ollut mahdollista toteuttaa kahtena erillisenä työnä. Aiheen laajuuden vuoksi jaoimmekin aiheiden käsittelyn tekijöiden kesken, toisen keskittyessä muistisairauksien oireisiin ja toisen masennuksen oireisiin. Muut osiot, jotka eivät suoranaisesti koskeneet oireita, teimme kuitenkin yhdessä. Tapasimme säännöllisin väliajoin ja kävimme läpi opinnäytetyötä sekä pyrimme yhtenäistämään tekstiä.



## 9.1 Tulosten tarkastelu ja johtopäätökset

Suomessa joka kolmas yli 65-vuotias ilmoittaa muistinsa oireilusta ja joka vuosi diagnosoidaan noin 14 500 uutta muistisairautta. Etenevät muistisairaudet ovat kansanterveydellinen ja -taloudellinen haaste. Muistisairauksia sairastavien ihmisten määrä kasvaa tulevaisuudessa väestön ikääntyessä. (Terveiden ja hyvinvoinninlaitoksen www-sivut 2020).

Ensimmäisen tutkimuskysymyksen tarkoituksena oli selvittää yleisimpien etenevien muistisairauksien oireita. Etenevien muistisairauksien oirekirjo on laaja. Osa oireista liittyy vaan tiettyyn muistisairauteen ja osa taas on tyypillisiä suurimmalle osalle eri muistisairauksista. Näistä tunnetuin on muistin ja muun kognitiivisen toimintakyvyn heikkeneminen. (Muistiliiton www-sivut 2020.) Yhdistävä tekijä kaikkien muistisairauksien oireiden ilmenemisessä on se, että ne pahenevat jaksoissa. Oireita esiintyy kaikissa muistisairauden vaiheissa. Muutokset käytöksessä eli käytösoireet vaikeutuvat usein sairauden edetessä. (Hallikainen, Mönkäri & Nukari 2014, 48.)

Sekä vaikean että lievän muistisairausdiagnoosin saaneista noin 90 prosentilla ilmenee jossain sairautensa vaiheessa elämää haittaavia käytösoireita. (Erkinjuntti ym. 2015, 91.) Tutkimusten mukaan käytösoireet ovat yhteydessä myöhemmin todettavaan muistisairauteen. Käytösoireiden vakavuusasteen sekä tiheyden on todettu korreloivan muistisairausdiagnoosin saamisen kanssa. Yleisimmin esiintyneiden käytösoireiden joukkoon lukeutuivat ärtyneisyys, masennus ja apatia sekä ahdistus ja levottomuus.

Etenevissä muistisairauksissa vaikeudet aikaan ja paikkaan orientoitumisen kanssa ovat hyvin yleisiä oireita. MMSE-testisarjan ensimmäiset kymmenen kysymystä koskevatkin juuri aikaan ja paikkaan orientoitumista. Niistä saatavat pisteet siis kattavat yhden kolmasosan MMSE:n kokonaispistemäärästä. Pisteet kertovat hyvin siitä, missä hetkessä muistisairas henkilö elää. Kokeeko hän kenties elävänsä sitä aikaa, kun omat lapset olivat vielä pieniä ja hän asui vielä kotona? Vai onko hän tietoinen tämän hetkisestä ajasta ja sijainnistaan?

Alzheimerin tautiin kuuluu tyypillisesti vaikeudet uuden oppimisessa sekä lähi- ja tapahtumamuistin heikentyminen (Huttunen 2018). Tutkimustulokset vahvistavat tätä tietoa. Niiden mukaan juurikin Alzheimerin taudissa esiintyvät muistiongelmien sekä vaikeudet oppia uutta ovat asteeltaan vakavampia muihin muistisairauksiin verrattuna. Alzheimerin tauti kattaa suurimman osan diagnosoiduista muistisairauksista, noin 70 %, eli on niistä selvästi yleisin. (Erkinjuntti ym. 2015, 119.) MMSE-testisarjassa vain kaksi kohtaa, joista voi saada yhteensä kuusi pistettä, koskevat nimenomaan muistitoiminnan selvittämistä.

Tiedonhaussa MMSE- testin soveltuvuudesta löytyi selkeää kritiikkiä liittyen sen käytöstä varhaisen vaiheen muistisairauden seulontaan ja seurantaan. MMSE-testi soveltuukin erityisesti jo edenneiden muistisairauksien seulomiseen sekä seurantaan. Lievässä tai varhaisessa vaiheessa olevan muistisairauden seulontaan se ei kuitenkaan ole oikea väline. Myöskään muistisairauden diagnosointiin se ei sovellu. (Käypä hoito 2020.) Sen sijaan myöhemmin diagnosoitavan muistisairauden ennakointiin MMSE-testistä saatava pistemäärä on hyvä mittari. Eli MMSE-testi on hyvä väline arvioimaan riskiä sairastua muistisairauteen myöhemmin. MMSE-testiin liittyy muitakin rajoittavia tekijöitä. Muun muassa afasian vaikutus tulee ottaa huomioon tuloksen tulkinnassa, sillä testin tekemiseen vaaditaan kielellisiä taitoja. Sosioekonominen asema sekä hyvät älylliset toiminnot parantavat testitulosta. (Korpela 2013, 49.)

Muistisairauksien oireita koskevat johtopäätökset:

1. Etenevien muistisairauksien oireiden kirjo on hyvin laaja. Suurimmat haasteet liittyvät muistitoimintoihin, tiedonkäsittelyyn sekä käytösoireisiin.
2. Lähi- ja tapahtumamuistin heikentyminen sekä uuden oppimisen vaikeus kuuluvat erityisesti Alzheimerin taudin oireisiin.
3. Käytösoireiden ilmeneminen saattaa olla muistisairauden ensioire. Niiden esiintyminen jo lievässäkin muodossa sekä esiintymistiheys ovat yhteydessä riskiin sairastua muistisairauteen.
4. Yleisimmät käytösoireet ovat apaattisuus, levottomuus, ahdistuneisuus, ärtyneisyys sekä masennus. Näistä useimmin esiintyy ärtyneisyyttä, masennusta ja apatiaa.

5. Etenevissä muistisairauksissa vaikeudet aikaan ja paikkaan orientoitumisessa ovat hyvin yleisiä.

Toisen asetetun tutkimuskysymyksen tarkoituksena oli selvittää, miten eri tavoilla masennus voi ilmetä ikääntyneellä. Kirjallisuuskatsaukseen valittujen tutkimuksista voidaan todeta, että ikääntyneiden masennus voi oireilla hyvinkin erilaisin tavoin. Tutkimuksissa keskityttiin opinnäytetyön tilaajan tarpeen mukaisesti GDS-15 asteikon avulla tunnistettaviin oireisiin. Keskeiset ikääntyneiden masennuksen oireet voidaan luokitella tunne-elämän-, fyysisiin-, kognitiivisiin- ja tahtoelämän oireisiin (Kivelä 2009, 71). Tutkimustuloksissa merkittävimäksi luokaksi nousi tunne-elämän oireet. GDS-15 asteikko etsii korostetusti näiden oireiden ilmenemistä. Teorialähtöisen sisällönanalyysin avulla määriteltiin, että GDS-15 tutkii tunne-elämän puolelta tutkittavan koettua elämänlaatua, elämän merkityksellisyyttä, elämähalua, mielialaa, ahdistusta sekä yksinäisyyttä. Asteikko tutkii melko kattavasti tutkittavan tunne-elämän oireita. Erilaiset häpeään, syyllisyyteen ja epäonnistumiseen liittyvät tunteet jäävät kuitenkin huomioimatta, joka aiheuttaa monen masentuneen mieltä hallitsevien oireiden huomioimatta jättämisen (Kivelä 2009, 73-74).

GDS-15 keskittyy ikääntyneiden masennuksen fyysisiin oireisiin hyvin vähän. Asteikolla testataan lyhyesti yleistä jaksamista, mutta erilaiset kivut ja säryt, unettomuus, ruokahalun muutokset, seksuaalisessa käyttäytymisessä tapahtuneet muutokset sekä ruuansulatus- ja virtsanpidätysongelmat jäävät täysin huomioimatta. Tuloksissa on tuotu ilmi yleisimmät somaattiset oireet myös GDS-15 asteikon ulkopuolelta. GDS-15 asteikko on suunniteltu tarkoituksella siten, että somaattiset oireet jäävät testin ulkopuolelle (Käypä hoito 2019). Osaltaan tämä saattaa ehkäistä virheellisiä tuloksia, jos voimakkaat somaattiset oireet lisäävät pistemäärää ja aiheuttavat siten virheellisen masennusepäilyn. Toisaalta, kuten tutkimustuloksissa todettiin, masennus voi myös oireilla fyysisten oireiden kautta. Jos oireet eivät ole suoraan yhdistettävissä todettuun somaattiseen sairauteen, on hyvä osata pohtia niiden mahdollisuutta psyykkisen ongelman oireena. Paljon fyysisiä oireita kokevalle esimerkiksi BDI-II testi voisi olla hyvä tehdä GDS asteikon ohella.

Kognitiivisten oireiden selvittäminen jää myös vähemmälle huomiolle GDS-15 asteikolla. Tutkittava arvioi koettua itsekriittisyyttä ja muistihäiriöiden esiintymistä.

Nämä ovat vain hyvin pieni osa mahdollisia masennuksesta kärsivän ikääntyneen kognitiivisia oireita. Muita oireita ovat esimerkiksi keskittymisvaikeudet, pessimistisyys, näköalattomuus sekä erilaiset todellisuudentajun heikentymät, esimerkiksi harhaluulot ja näkö-, kuulo- ja hajuharjat (Kampman 2017, 15; Kivelä 2009, 72; Kivelä 2009, 80). Erityisesti todellisuudentajun heikentymiseen viittaavat oireet ovat vakava merkki psykoottistasoisesta masennuksesta, joka voi olla erittäin haitallinen potilaalle itselleen ja muille. On tärkeää osata puuttua ja hoitaa näitä ajoissa. (Kivelä 2009, 80.)

GDS-15 asteikko tutkii yksinkertaisin kysymyksin tutkittavan motivaation tasoa. Asteikossa tarkastellaan harrastuksista ja riennoista luopumista sekä pitkästymisen tunnetta. Nämä osaltaan viittaavat tutkittavan laskeneeseen motivaatioon aikaisemmin miellyttäviä asioita kohtaan. GDS-15 asteikko antaa sellaisenaan riittävän kuvan tutkittavan tahtoelämän tilasta. Tarvittaessa tilaa voidaan tutkia tarkemmin laajemman GDS-30 asteikon avulla, jolloin ikääntyneiden masennuksen oireita tutkitaan vieläkin tarkemmin.

Masennuksessa on tavanomaista, että oireet muodostavat eräänlaisen noidankehän, jossa ajatukset, tunteet ja toiminta vaikuttavat toinen toisiinsa. Esimerkiksi fyysisenä oireena koettu krooninen kipu voi aiheuttaa nukkumisvaikeuksia, joka edelleen aiheuttaa väsymystä. Väsynyt henkilö taas voi kokea mielialan laskua. Mielialan lasku voi aiheuttaa toiminnan heikentymistä ja liikkumattomuutta, joka provosoi kipujen voimistumista. Näin noidankehä on valmis. Tärkeintä on tiedostaa omat ajatukset ja tunteet, jotta noidankehä saadaan katkaistuksi. Fyysisten oireiden kohdalla on erityisen tärkeää hoitaa ensisijainen syy, jotta vältytään sen aiheuttamilta muilta oireilta. (Mielenterveystalon www-sivut n.d.)

GDS-15 on oivallinen ja nopea menetelmä tutkittavan ensitilantarvioon. Asteikkoa ei ole suunniteltu toteamaan ikääntyneiden masennusta vaan antamaan viitteitä mahdollisesta masennuksesta varhaisessa vaiheessa. Yli 4-5 pistettä GDS-15-asteikolla aiheuttaa huolenaihetta, jolloin on hyvä hakeutua jatkotutkimuksiin. (Autio & Vesterinen 2013.) GDS-30 asteikko tutkii huomattavasti kattavammin ikääntyneiden masennuksen oireita. Tässäkin on kuitenkin rajattu somaattiset oireet asteikon ulkopuolelle. Lisäksi on monia muita testejä, kuten PHQ-9, DPES-seula ja Beckin depressionkysely, joiden avulla voidaan tarkentaa potilaan tilaa. (Käypä hoito 2019.) On hyvä muistaa,

että GDS-15-asteikko perustuu vastaajan omiin subjektiivisiin kokemuksiin ja rehellisyyteen. Masennuksen kieltävä iäkäs voi tietoisesti tai tiedostamattaan vastata epärehellisesti kysymyksiin, jolloin tulos ei ole paikkansapitävä.

Ikääntyneiden masennuksen oireita koskevat johtopäätökset:

1. Ikääntyneillä masennus voi oirehtia hyvin monella eri tapaa. Tyypillisimmät oireet liittyvät tunne-elämään, fyysisiin ja kognitiivisiin toimintoihin tai tahtoelämään.
2. Tunne-elämän oireissa korostuvat mielialan muutokset, tyytymättömyys elämään ja mielenkiinnon menetys, tyhjyyden tunne, yksinäisyys, ahdistus, toivottomuus, häpeä, syyllisyys sekä epäonnistumisen tunteet.
3. Fyysiset oireet liittyivät eniten jaksamiseen ja vireystilaan. Muita somaattisia vaivoja ovat muun muassa uni- ja nukahtamisvaikeudet, erilaiset kivut ja säryt, ruokahalun muutokset, ruuansulatus- ja virtsanpidätyskyvyn ongelmat sekä seksuaalisen käyttäytymisen muutokset.
4. Kognitiivisiin toimintoihin liittyviä oireita ovat keskittymisvaikeudet, pessimistisyys, näköalattomuus, itsekriittisyys, itsensä arvostamisen heikentyminen ja muistihäiriöt. Psykoottistasoisessa masennuksessa todellisuudentajun heikentyminen on mahdollista.
5. Motivaatiotason laskeminen näkyy yleisimmin harrastuksista ja riiennoista luopumisena. Masentunut voi antaa jopa apaattisen vaikutelman.

## 9.2 Eettisyys ja luotettavuus

Tutkimusetiikalla tarkoitetaan tutkimuksen teossa noudatettavia pelisääntöjä. Säännöt tulee ulottua koskemaan kollegoita, tutkimuskohdetta, rahoittajia, toimeksiantajia sekä yhteistyökumppaneita ja muuta yleisöä. On tärkeää noudattaa hyviä tutkimuseettisiä periaatteita läpi tutkimusprosessin aina ideointivaiheesta tutkimustuloksien julkaisemiseen asti. (Vilkkä 2015, 27.) Tutkijoiden eettiset vaatimukset voidaan jakaa kahdeksaan osaan: älyllisen kiinnostuksen vaatimus, tunnollisuuden vaatimus, rehellisyyden vaatimus, vaaran eliminoiminen, ihmisarvon kunnioittaminen, sosiaalisen vastuun

vaatimus, ammatinharjoituksen edistäminen sekä kollegiaalinen arvostus (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 211-212).

Hyvien tieteellisten käytänteiden noudattaminen on lisäksi tärkeää tutkimusta tehdessä, jotta se olisi eettisesti hyväksyttävä ja luotettava sekä toimisi lainsäädännön edellyttämällä tavalla. Tiedeyhteisössä arvostettuja toimintatapoja ovat muun muassa rehellisyys, huolellisuus sekä tarkkuus tulosten tallentamisessa, esittämisessä ja arvioinnissa. (Tutkimuseettisen neuvottelukunnan www-sivut n.d.) Suomalainen tiedeyhteisö on kehittänyt yhteisen tutkimuseettisen ohjeen, niin sanotun HTK-ohjeen, jonka tavoitteena on hyvän tieteellisen käytännön edistäminen ja epärehellisyyden ehkäiseminen, esimerkiksi ammattikorkeakouluissa. Oletuksena on, että jokainen tutkija noudattaa hyvän tieteellisen käytännön ohjeita. (Arene ry 2020, 8.)

Ennen opinnäytetyötä aloittamista täytyy tehdä opinnäytetyösopimus toimeksiantajan, ammattikorkeakoulun ja opiskelijan välille. Sopimuksessa sovitaan keskeisistä opinnäytetyöhön liittyvistä asioista, kuten aiheesta ja aikataulusta, kustannuksista ja niiden korvaamisesta, ohjauksesta sekä tausta-aineistosta ja niiden käyttöoikeuksista. Lisäksi työn yhteydessä syntyvien tutkimusdatan sekä tulosten omistus- ja käyttöoikeuksista sovitaan. Tämän lisäksi salassa pidettävyys ja luottamuksellisuus tulee huomioida osana opinnäytetyöprosessia. Sopimuksen eri osapuolten vastuut jaetaan ja tarvittaessa myös huomioidaan luottamuksellinen henkilötietojen käsittely. Opinnäytetyösopimuksen tarkoituksena on vähentää ristiriitaa toimeksiantajan toiveiden ja opiskelijaa sitovien tieteen pelisääntöjen välillä. (Arene ry 2020, 6.)

Tuomi ja Sarajärvi (2018, 150-151) ovat kirjassaan maininneet hyvän tieteellisen käytännön esimerkkejä. Tähän kuuluu esimerkiksi, että tutkijat ja tieteelliset asiantuntijat noudattavat tiedonhankinnassa sekä tutkimus- ja arviointimenetelmissä tieteellisen tutkimuksen kriteereitä ja eettisiä ohjeita. Lisäksi raportissa tulee noudattaa avoimuutta tutkimustuloksista kerrottaessa. Tutkijoiden tulee myös huomioida ja kunnioittaa muiden tutkijoiden työtä sekä antaa heidän saavutuksilleen arvoa ja merkitystä omassa tutkimustyössään ja sen tuloksissa julkaisuvaiheessa. Tutkimus tulee olla suunniteltu ja toteutettu yksityiskohtaisesti sekä raportin sisällön on oltava selkeä.

Opinnäytetyössä on huomioitu erilaisia eettisiä kysymyksiä edellä mainituiden kahdeksan perusvaatimuksen näkökulmasta. Ensimmäinen vaatimus oli älyllinen

kiinnostus aiheeseen, mikä näkyy tekijöiden mielenkiintona mielenterveyttä kohtaan hoitotyössä sekä haluna edistää ikääntyneiden hyvinvointia. Opinnäytetyön myötä olemme kartoittaneet ikääntyneiden parissa tarvittavaa hoitotyön tietotaitoa. Lisäksi olemme saaneet varmuutta toteuttaa ammattiamme näyttöön perustuvan tiedon pohjalta. Opinnäytetyö antaa hyvän yleiskatsauksen käsiteltyihin aiheisiin ja tarjoaa mahdollisuuden jatkotutkimuksille.

Tunnollisuuden vaatimus täyttyi laajana aineistonkeruuna monipuolisista ja luotettavista lähteistä. Tiedonhaussa rajasimme mukaanottokriteereitä kriittisesti, muun muassa julkaisuiden ajankohdan ja oleellisuuden perusteella. Olemme kiinnittäneet erityistä huomioita työn sisältöön sekä selkeyteen. Opinnäytetyön tavoitteena oli tuottaa ja koota yhteen tietoa muistisairauteen ja masennukseen liittyvistä oireista, missä mielestämme olemme onnistuneet. Huomioimme myös tilaajan toiveesta kohderyhmän koskemaan ikääntyneitä. Opinnäytetyön tutkimusaineiston alkuperäinen kohderyhmän oli tarkoitus olla 75-vuotiaat, mutta jouduimme laajentamaan ikäryhmää yli 60-vuotiaisiin. 75-vuotiaat oli liian spesifi hakukriteeri tutkimusten löytämiseksi. Olemme toimineet opinnäytetyöprosessin vaatimien kriteerien mukaisesti. Opinnäytetyösuunnitelma hyväksyttiin sekä opettajalla että tilaajalla. Opinnäytetyösopimus tehtiin ajallaan ja asianmukaisesti.

Rehellisyyden vaatimusta noudatimme poissulkemalla vilpilliset keinot ja panostamalla erityisesti lähteiden merkitsemiseen. Olemme opinnäytetyössä ilmaisseet tulokset avoimesti ja rehellisesti. Tutkimuskysymykset on muotoiltu siten, että niihin vastaamalla lukija saa kattavan kuvan opinnäytetyön aiheesta. Olemme parhaamme mukaan yrittäneet noudattaa hyviä tieteellisiä käytänteitä sekä tutkimuseettisiä periaatteita läpi opinnäytetyöprosessin.

Vaaran eliminoiminen on opinnäytetyössämme tarkoittanut erityisen huolellista tutkimusten valikoimista sekä laadun huomioimista. Tällä pyrimme välttämään virheellisen tai epäluotettavan tutkimustiedon eteenpäin välittämisen. Omassa työssämme olemme varmistaneet luotettavan analysoinnin muun muassa värikoodaamalla ja luokittelemalla huolellisesti tutkimusaineistoista esiin tulleita ilmauksia. Opinnäytetyön valmiin version luetutimme itsemme lisäksi kahdella opiskelijakollegalla sekä muutamalla opinnäytetyön aiheeseen aikaisemmin perehtymättömällä henkilöllä. Tämän avulla varmistimme, että opinnäytetyö täyttää helppolukuisuuden ja

ymmärrettävyyden kriteerit. Huomioimme heidän mielipiteensä, minkä jälkeen työ lähetettiin ohjaavalle opettajalle arvioitavaksi.

Ihmisarvon kunnioittaminen näkyy työssämme muun muassa käytettyjen ilmausten ja termien kautta. Emme ole käyttäneet halveksuvia termejä kuvaamaan ikäihmisiä ja oireista olemme pyrkineet kirjoittamaan rehellisesti, mutta neutraalisti.

Sosiaalisen vastuun vaatimus tulee huomioitua sekä teorian tiedon että tutkimustulosten hyödynnettävyydessä. Opinnäytetyö antaa tietoa aiheesta kiinnostuneille kattavassa ja luotettavassa muodossa.

Opinnäytetyö antaa hoitotyöntekijöille valmiuksia toimia ikääntyneiden parissa ja huomioimaan mahdolliset muistisairauden tai masennuksen oireet. Opinnäytetyössä saatujen tulosten perusteella nämä ovat kuitenkin hyvin yleisiä sairauksia ikääntyneiden keskuudessa. Aiheen ajankohtaisuutta lisää ikääntyvän väestön lukumäärällinen kasvu tulevaisuudessa. Pyrimme omalta osaltamme osallistumaan haastavaan yhteiskunnalliseen tilanteeseen tuottamalla opinnäytetyössämme hoitotyön alalla hyödynnettävää tietoa.

Kollegiaalinen arvostus tuli opinnäytetyöprosessin aikana esille kunnioituksena toisiamme kohtaan sekä toimivana yhteistyönä. Molempien mielipiteet otettiin huomioon läpi opinnäytetyöprosessin. Arvostimme myös opiskelijakollegoiden mielipidettä työtä viimeisteltäessä.

Kun pohditaan työn luotettavuutta, on huomioitava, että luotettava ja pätevä katsaus vaatii standardoidun muodon, jonka jälkeen artikkeleista kerätään tietoa. Prosessin kulun seuranta varmistaa tutkimuksen pysymisen luotettavana. (Stolt ym. 2015, 10.) Jotta työ olisi luotettava, on osattava kriittisesti arvioida työn laatua. Hoitotyön tutkimussäätiö jakaa tutkimuslaadun arvioinnin kolmeen vaiheeseen. Vaiheessa yksi pohditaan kriteeristön valintaa. Käytetyissä materiaaleissa tulee aluksi arvioida, voidaanko artikkelissa kuvatulla tutkimusasetelmalla vastata tutkimuksessa asetettuun tutkimuskysymykseen. Vaiheessa kaksi arvioidaan käytetyn artikkelin laatua. Artikkelia on hyvä arvioida itsenäisesti tutkimuksessa käytettyyn tutkimusmenetelmään sopivalla kriteeristöllä. Saatuja tuloksia on hyvä arvioida toisen arvioitsijan kanssa ja keskustella mahdollisista eroavuuksista. Kolmannessa vaiheessa korostetaan raportoinnin merkitystä. (Hoitotyön tutkimussäätiön [www-sivut](http://www.sivut.fi).)



Työn luotettavuutta on arvioitu CASP-tarkistuslistaa (2018, 2-4) apuna käyttäen. Arvioimme kirjallisuuskatsauksen relevanttiutta. Tutkimuskysymykset muotoiltiin valitun tutkimusaineiston perusteella. Tutkimuskysymykset olivat aiheellemme hyvin kohdennettuja ja niihin saatiin työssämme vastaus. Tutkimusaineistot on valikoitu asetettujen mukaanottokriteerien pohjalta ja niiden laatu on tarkistettu ennen niiden hyväksymistä opinnäytetyöhön. Kohdennettua tutkimustietoa nimenomaan muistisairauteen ja masennukseen liittyvistä oireista löytyi rajallisesti. Mielestämme löysimme saatavilla olevista tutkimuksista aiheellemme relevantit. Valikoitujen tutkimusten laatu varmistettiin sisäänottokriteereillä sekä perehtymällä aineistoihin ja niissä käytettyihin alkuperäislähteisiin. Opinnäytetyössä on käsitelty omina kokonaisuuksinaan muistisairauteen ja masennukseen liittyvät oireet työn selkeyden takaamiseksi. Tutkimustuloksissa on pyritty tuomaan ilmi keskeiset muistisairauksien sekä ikääntyneiden masennuksen oireet ja niiden yleisyys. Pohdinnassa on käsitelty tuloksista tehdyt johtopäätökset. Saadut tulokset vastaavat asetettuihin tutkimuskysymyksiin ja ovat aiheeseen sidoksissa. Tutkimustulokset on tuotu esille kansainvälisellä tasolla, mutta ne luovat hyvän pohjan myös kotimaisille jatkotutkimuksille.

Mielestämme kuvaileva kirjallisuuskatsaus oli oikea menetelmä opinnäytetyöhömmme. Sen avulla pystyimme käsittelemään aiheitamme laaja-alaisesti ja monipuolisesti. Lisäksi pystyimme luokittelemaan muistisairauksiin ja ikääntyneiden masennukseen liittyvät oireet selkeäksi kokonaisuudeksi. Deduktiivinen eli teorialähtöinen sisällönanalyysi mahdollisti MMSE-testin ja GDS-asteikon analysoimisen, joka loi rungon tutkimustulosten käsittelylle.

### 9.3 Jatkotutkimushaasteet

Opinnäytetyössämme olemme syventyneet kansainvälisellä tasolla muistisairauksien ja ikääntyneiden masennuksen oireisiin ja tuoneet esille erilaista tutkimustietoa näihin liittyen. Mahdollinen jatkotutkimushaaste olisikin tutkia näitä oireita kohdennetusti Satakunnan alueella. Tuloksissa voisi tuoda esille, miten oireprofiili ja oireiden esiintyvyys eroaa Satakunnassa kansainväliseen tasoon verrattuna.

## LÄHTEET

Adlam A-L., Patterson, K., Patterson, S. Bozeat, J. & Hodges, R. 2020. The Cambridge Semantic Memory Test Battery: Detection of semantic deficits in semantic dementia and Alzheimer's disease. *Neurogate* 16, 6-10. Viitattu 26.10.2020. [https://www.researchgate.net/publication/43227923\\_The\\_Cambridge\\_Semantic\\_Memory\\_Test\\_Battery\\_Detection\\_of\\_semantic\\_deficits\\_in\\_semantic\\_dementia\\_and\\_Alzheimer's\\_disease#fullTextFileContent](https://www.researchgate.net/publication/43227923_The_Cambridge_Semantic_Memory_Test_Battery_Detection_of_semantic_deficits_in_semantic_dementia_and_Alzheimer's_disease#fullTextFileContent)

Ahmed, S., Baker, I., Thompson, S., Husain, M. & Butler, C. R. 2016. *Neurologic Psychiatry* 87, 1159-1160. Viitattu 26.10.2020. <https://jnnp.bmj.com/content/87/11/1157>

Ammattikorkeakoulujen rehtorineuvosto Arene ry. 2020. Ammattikorkeakoulujen opinnäytetöiden eettisen suositukset. Viitattu 28.10.2020. <http://www.arene.fi/julkaisut/raportit/opinnaytetoiden-eettiset-suositukset/>

Antikainen, R., Konttila, T., Virolainen, J. & Strandberg, T. 2013. Vaikeasti dementoituneen vanhuksen elämän loppuvaiheen hoito. *Suomen Lääkärilehti* 12, 68.

Atula, S. 2019. Vaskulaarinen dementia (verenkiertoperäinen muistisairaus). Viitattu 14.09.2020. [https://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p\\_artikkeli=dlk01106#s2](https://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk01106#s2)

Autio T. & Vesterinen, P. 2013. GDS-15, myöhäisiän depressioseula. Viitattu 14.09.2020. <https://www.terveysportti.fi/dtk/tmi/koti>

Aylaz, R., Aktürk,Ü., Erci, B., Öztürk, H. & Aslan, H. 2012. Relationship between depression and loneliness in elderly and examination of influential factors. *Archives of Gerontology and Geriatrics* 55, 548-554. Viitattu 20.10.2020. <http://www.sciencedirect.com>

Beaudreau, S. A., Kaci Fairchild, J., Spira, A. P., Lazzeroni, L. C., & O'Hara, R. 2013. Neuropsychiatric symptoms, apolipoprotein E gene, and risk of progression to cognitive impairment, no dementia and dementia: the Aging, Demographics, and Memory Study (ADAMS). *International Journal of Geriatric Psychiatry* 672-680, 4-6. Viitattu 26.10.2020. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3665735/>

Brathwaite, J. A. & Mendiratta, P. 2015. Dementia and Inappropriate Sexual Behavior. *Today's Geriatric Medicine* 8, 26. Viitattu 21.10.2020. <https://www.todaysgeriatricmedicine.com/archive/0515p26.shtml>

CASP-Systematic Review Checklist. 2018. Viitattu 28.10.2020. [https://casp-uk.net/wp-content/uploads/2018/01/CASP-Systematic-Review-Checklist\\_2018.pdf](https://casp-uk.net/wp-content/uploads/2018/01/CASP-Systematic-Review-Checklist_2018.pdf)

Cerejeira, J., Lagarto, L., & Mukaetova-Ladinska, E. B. 2012. Behavioral and psychological symptoms of dementia, 39. Viitattu 10.10.2020. <https://dx.doi.org/10.3389%2Fneur.2012.00073>

Chapman, K. R., Bing-Canar, H., Alosco, M. L., Steinberg, E. G., Martin, B., Chaisson, C., Kowall, N., Tripodis, Y., & Stern, R. A. 2016. Mini Mental State Examination and Logical Memory scores for entry into Alzheimer's disease trials. *Alzheimer's Research and Therapy* 8. Viitattu 26.10.2020. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4762168/>

Cheolmin, S., Moon, H., Seung-Hoon, L., Young-Hoon, K., Yong-Ku, K., Kyu-Man, H., Hyun-Ghang, J. & Changsu, H. 2019. Usefulness of the 15-item geriatric depression scale (GDS-15) for classifying minor and major depressive disorders among community-dwelling elders. *Journal of Affective Disorders* 259, 370-375. Viitattu 20.10.2020. <http://www.sciencedirect.com>

Ciulla, L., Nogueira, E., Gomes da Silva Filho, I., Tres, G., Engroff, P., Ciulla, V. & Neto, A. 2013. Suicide risk in the elderly: Data from Brazilian public health care program. *Journal of Affective Disorders* 152-154, 513-516. Viitattu 24.10.2020. <http://www.sciencedirect.com>

Docplayerin www-sivut. N.d. Myöhäisiän depressionseula GDS-15. Viitattu 29.10.2020. <https://docplayer.fi/124747-Myohaisian-depressioseula-gds-15.html>

Erkinjuntti, T. & Melkas, S. 2016. Vaskulaarinen kognitiivinen heikentyminen (VCI) ja vaskulaarinen dementia (VD). Viitattu 10.09.2020. <https://www.kaypa-hoito.fi/nix01587>

Erkinjuntti, T., Remes, A., Rinne, J. & Soininen, H. 2015. *Muistisairaudet*. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.

Eurostatin www-sivut. 2019. Viitattu 27.10.2020. [https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Population\\_structure\\_and\\_ageing/fi](https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Population_structure_and_ageing/fi)

Forrester, S. N., Gallo, J. J., Smith, G. S., & Leoutsakos, J. M. 2016. Patterns of Neuropsychiatric Symptoms in Mild Cognitive Impairment and Risk of Dementia. *The American Journal of Geriatric Psychiatry* 24, 117-125, 4-6. Viitattu 26.10.2020. <https://reader.elsevier.com/reader/sd/pii/S1064748115001657?to-ken=D84E5C42D65AFF85A80BD835DCA56FE7C1F1FE490EA8B05797F62F077F8BFD3C043524DAB95EA6397CB63E0BAABD5F8E>

Grover, S., Sahoo, S., Chakrabarti, S. & Avasthi, A. 2018. Anxiety and somatic symptoms among elderly patients with depression. *Asian Journal of Psychiatry* 41, 66-72. Viitattu 20.10.2020. <http://www.sciencedirect.com>

Hallikainen, I. 2017. Neuropsykiatrinen haastattelu. Käyttösoireet muistisairauksissa – seminaari, 18.5.2017, Helsinki. Viitattu 09.09.2020. [https://www.helsinki.fi/sites/default/files/atoms/files/neuropsykiatrinen\\_haastattelu\\_ilona\\_hallikainen\\_1852017.pdf](https://www.helsinki.fi/sites/default/files/atoms/files/neuropsykiatrinen_haastattelu_ilona_hallikainen_1852017.pdf)

Hallikainen, M., Mönkäre, R., Nukari, T. & Forder M. 2014. *Muistisairaahan kuntouttava hoito*. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.

Hoitotyön tutkimussäätiön www-sivut. Viitattu 7.11.2020. <https://www.hotus.fi/tutkimustiedon-laadun-arvioiminen/>

Hongisto, K. 2017. Quality of life and neuropsychiatric symptoms in patients with Alzheimer's disease – The ALSOVA follow-up study. Itä-Suomen yliopisto: Neurologian laitos, 54. Viitattu 24.10.2020. [https://epublications.uef.fi/pub/urn\\_isbn\\_978-952-61-2406-3/urn\\_isbn\\_978-952-61-2406-3.pdf](https://epublications.uef.fi/pub/urn_isbn_978-952-61-2406-3/urn_isbn_978-952-61-2406-3.pdf)

Hua-Shan, W. & Li-Chan, L. 2014. Comparing Cognition, Mealtime Performance, and Nutritional Status in People With Dementia With or Without Ideational Apraxia. Viitattu 20.9.2020. Institute of Clinical and Community Health Nursing 14, 199-206. Viitattu 26.10.2020. <https://doi.org/10.1177%2F1099800414536773>

Huttunen, M. 2018. Dementia. Viitattu 10.09.2020. [https://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p\\_artikkeli=dlk00358](https://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00358)

Huttunen, M. 2018. Masennus ja motivaatio. Viitattu 8.10.2020. <https://www.duodecimlehti.fi/duo14644>

Hölttä, E. H. 2017. Neuropsychiatric symptoms in dementia and delirium. Helsingin yliopisto: Lääketieteen laitos, 37-83. Viitattu 10.10.2020. <https://helda.helsinki.fi/bitstream/handle/10138/228327/Neuropsy.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

James, K., Thompson, C., Willie-Tyndale, D., Holder Nevins, D., Gibson, R., Johnson, P., McKoy Davis, J., & Eldemire-Shearer, D. 2019. Performance and Receiver Operating Characteristics of the Mini-Mental State Examination Instrument in Detecting Dementia in a Rapidly Aging Developing Country (Jamaica). *Journal of Geriatric Psychiatry and Neurology* 32, 195-204. Viitattu 26.10.2020. <https://journals-sagepub-com.lillukka.samk.fi/doi/full/10.1177/0891988719841722>

Jefferies, E., Rogers, T. T., Hopper, S., & Ralph, M. A. 2010. "Pre-semantic" cognition revisited: critical differences between semantic aphasia and semantic dementia. *Neuropsychologia* 48, 10-13. Viitattu 26.10.2020. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2805958/>

Johansson, K., Axelin, A., Stolt, M. & Ääri, R-L. 2007. Systemaattinen kirjallisuuskatsaus ja sen tekeminen. Turku: Digipaino - Turun Yliopisto.

Juva, K. 2014. Alkava muistisairaus - milloin muistihuoli ohjaa kattaviin tutkimuksiin? Viitattu 19.09.2020. <https://www.duodecimlehti.fi/duo11656>

Kabátová, O., Urícková, A. & Botiková, A. 2014. Factors affecting the incidence of depression in the elderly. *Central European Journal of Nursing and Midwifery* 5, 105-111. Viitattu 20.10.2020. <https://web.a.ebsco-host.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=3&sid=465eaba6-1cf9-484d-930c-87b20cf89533%40sdc-v-sessmgr02>

Kampman, O., Heiskanen, T., Holli, M., Huttunen, M. & Tuulari, J. 2017. Masennus. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.

Kangasniemi, M., Utriainen, K., Ahonen, S-M., Pietilä, A-M., Jääskeläinen, P. & Liikanen, E. 2013. Kuvaileva kirjallisuuskatsaus: eteneminen tutkimuskysymyksestä

jäsennettyyn tietoon. *Hoitotiede* 25, 291–301. Viitattu 19.09.2020. <http://elektra.helsinki.fi/se/h/0786-5686/25/4/kuvailev.pdf>

Kankkunen, P. & Vehviläinen-Julkunen, K. 2013. *Tutkimus hoitotieteessä*. Helsinki: Sanoma Pro Oy.

Kivelä, S-L. 2009. *Depressiosta tasapainoon - Hyvä elämä iäkkäänä*. Helsinki: Kirjapaja.

Komulainen, P. 2015. Muistisairaudet ja niihin liittyviä liikkumisen ja tasapainon ongelmia. *Duodecim*. Viitattu 10.09.2020. [https://www.ebm-guidelines.com/dtk/hpt/avaa?p\\_artikkeli=nix02279](https://www.ebm-guidelines.com/dtk/hpt/avaa?p_artikkeli=nix02279)

Kontkanen, J. & Purhonen, M. 2011. *Ahdistunut vanhus*. Viitattu 20.09.2020. <https://www.duodecimlehti.fi/duo99374>

Koponen, H. & Saarela, T. 2010. *Käyttöoireiden hoito*. Helsinki: Duodecim.

Korpela, S. 2013. Dementian vaikeusaste diagnosointivaiheessa vuosina 1998 ja 2008 ja diagnostiikan tehostuminen kyseisellä aikavälillä. *Lääketieteen koulutusohjelman opinnäytetyö*. Itä-Suomen yliopisto. Viitattu 26.10.2020. [https://epublications.uef.fi/pub/urn\\_nbn\\_fi\\_uef-20140001/urn\\_nbn\\_fi\\_uef-20140001.pdf](https://epublications.uef.fi/pub/urn_nbn_fi_uef-20140001/urn_nbn_fi_uef-20140001.pdf)

Käypä hoito 2020. *Depressio*. Viitattu 10.10.2020. <https://www.kaypahoito.fi/hoi50023#s8>

Käypä hoito. 2019. *Geriatrinen depressioasteikko (GDS)*. Viitattu 28.4.2020. <https://www.kaypahoito.fi/pgr00024>

Käypä hoito. N.d. *Mini-mental State Examination (MMSE)*. Viitattu 27.10.2020. <https://www.kaypahoito.fi/xmedia/hoi/hoi50044d.pdf>

Käypä hoito. 2020. *Muistisairaudet*. Viitattu 27.10.2020. <https://www.kaypahoito.fi/hoi50044#readmore>

Käypä hoito. 2020. *Muistisairauden diagnostiikka, oireiden arviointi ja sairauden seuranta*. Viitattu 1.10.2020. <https://www.kaypahoito.fi/nix00509#R4>

Lönnqvist, J., Henriksson, M., Marttunen, M. & Partonen, T. 2011. *Psykiatria*. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.

Marliana, T., Keliat, B., Daulima, N. & Rahardjo, B. 2019. A concept analysis: *Aloneness in elderly with depression*. *Enfermería Clínica* 30, 6-9. Viitattu 20.10.2020. <http://www.sciencedirect.com>

Masennusinfon *www-sivut* n.d. Viitattu 15.5.2020. <https://masennusinfo.fi/oireet/masennukseen-liittyy-kognitiivisen-toimintakyvyn-hairioita/>

Mehra, A., Grover, S., Chakrabarti, S. & Avasthi, A. 2017. Symptom profile of depression in elderly: Is assessment with geriatric depression rating scale enough? *Journal of Geriatric Mental Health* 4, 18-25. Viitattu 20.10.2020.

<https://www.jgmh.org/article.asp?issn=2348-9995;year=2017;volume=4;issue=1;spage=18;epage=25;aulast=Mehra>

Mielenterveystalon www-sivut. N.d. Viitattu 10.10.2020. [https://www.mielenterveystalo.fi/aikuiset/itsehoito-ja-oppaat/oppaat/tietoa\\_ikaihmissen\\_mielenterveydesta/psykiatriset\\_ja\\_neuropsykiatriset\\_ongelmat/Pages/default.aspx](https://www.mielenterveystalo.fi/aikuiset/itsehoito-ja-oppaat/oppaat/tietoa_ikaihmissen_mielenterveydesta/psykiatriset_ja_neuropsykiatriset_ongelmat/Pages/default.aspx)

Mielenterveystalon www-sivut. N.d. Viitattu 27.10.2020 [https://www.mielenterveystalo.fi/aikuiset/itsehoito-ja-oppaat/itsehoito/masennuksen\\_omahoito/Pages/osio1.aspx](https://www.mielenterveystalo.fi/aikuiset/itsehoito-ja-oppaat/itsehoito/masennuksen_omahoito/Pages/osio1.aspx)

Muistiliiton www-sivut 2019. Viitattu 20.9.2020. <https://www.muistiliitto.fi/fi/muistiliitto/ajankohtaista/muistiliiton-blogi/blogikirjoitukset/ikaantyneen-muistisairaahan-henkilon-ravitsemuksen-toteuttaminen-vaatii-omaishoitajalta-tietoa-ja-toimintaa>

Muistiliiton www-sivut. 2020. Muistisairauksien oireisto. Viitattu 20.9.2020. <https://www.muistiliitto.fi/fi/muistisairaudet/muistihairiot-ja-sairaudet/muistisairauksien-oireisto>

Oishi, Y., Imamura, T., Shimomura, T. & Suzuki, K. 2020. Visual texture agnosia influences object identification in dementia with Lewy bodies and Alzheimer's disease. *Cortex* 129, 27-29. Viitattu 10.10.2020. <http://www.sciencedirect.com>

Ozkan, S., Adapinar, D. O., Elmaci, N. T., & Arslantas, D. 2013. Apraxia for differentiating Alzheimer's disease from subcortical vascular dementia and mild cognitive impairment. *Neuropsychiatric disease and treatment* 9, 947–951. Viitattu 10.10.2020. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3709829/>

Paajanen, T. & Remes, A. 2012. Muistioireet. Viitattu 19.09.2020. [https://www.terveysportti.fi/xmedia/www/esittelyt/6486\\_esittely.pdf](https://www.terveysportti.fi/xmedia/www/esittelyt/6486_esittely.pdf)

Peters, M. E., Rosenberg, P. B., Steinberg, M., Norton, M. C., Welsh-Bohmer, K. A., Hayden, K. M., Breitner, J., Tschanz, J. T., Lyketsos, C. G., & Cache County Investigators 2013. Neuropsychiatric symptoms as risk factors for progression from CIND to dementia: the Cache County Study. *The American Journal of Geriatric Psychiatry* 21, 5-6. Viitattu 26.10.2020. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3525756/>

Rosenberg, P. B., Mielke, M. M., Appleby, B. S., Oh, E. S., Geda, Y. E., & Lyketsos, C. G. 2013. The association of neuropsychiatric symptoms in MCI with incident dementia and Alzheimer disease. *The American Journal of Geriatric Psychiatry* 21, 5-6. Viitattu 26.10.2020. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3428504/>

Salminen, A. 2011. Mikä kirjallisuuskatsaus? Johdatus kirjallisuuskatsauksen tyyppisiin ja hallintotieteellisiin sovelluksiin. Vaasan yliopisto. Viitattu 10.10.2020. [http://www.uva.fi/materiaali/pdf/isbn\\_978-952-476-349-3.pdf](http://www.uva.fi/materiaali/pdf/isbn_978-952-476-349-3.pdf)

Sarjärvi, A., Mattila, L-R. & Rekola, L. 2011. Näyttöön perustuva toiminta: avain hoitotyön kehittämiseen. Helsinki: WSOYpro.

Suomen Seniorihoivan www-sivut. N.d. Viitattu 11.9.2020. <https://suomenseniorihoiva.fi/tietopankki/muistisairaudet/muistisairaus-ja-muistisairauksien-oireet/>

Suomen Seniorihoivan www-sivut. N.d. Viitattu 11.9.2020. <https://suomenseniorihoiva.fi/tietopankki/muistisairaudet/alzheimerin-tauti-ja-taudin-ensioireet/>

Suontaka-Jamalainen, K. 2011. Muistisairaahan käytösoireet ja toimintakyky vanhuspsykiatrisessa osastohoidossa. Pro gradu -tutkielma. Tampereen yliopisto. Terveystieteiden yksikkö. <https://trepo.tuni.fi/bitstream/handle/10024/82639/gradu05331.pdf>

Stopford C-L., Thompson J-C., Neary D., Richardson A-M. & Snowden J-S. 2012. Working memory, attention, and executive function in Alzheimer's disease and frontotemporal dementia, 435-438. Viitattu 26.10.2020. <http://www.sciencedirect.com>

Stolt, M., Axelin, A. & Suhonen, R. 2015. Kirjallisuuskatsaus hoitotieteessä. Turku: Turun Yliopisto.

Strandberg, T. 2013. Alzheimerin taudin nonkognitiiviset oireet. Suomen lääkirilehti 25/97. Viitattu 10.09.2020. <https://www.gernet.fi/artikkelit/1292/alzheimerin-taudin-nonkognitiiviset-oireet-suomen-laakarilehti-25-97>

Terveyden ja hyvinvoinninlaitoksen www-sivut. 2020. Viitattu 10.09.2020. <https://thl.fi/fi/web/kansantaudit/muistisairaudet>

Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen www-sivut. 2020. Viitattu 10.09.2020. <https://thl.fi/fi/web/kansantaudit/muistisairaudet/muistisairauksien-yleisyys>

Terveyskylän www-sivut. 2019. Viitattu 27.10.2020. <https://www.terveyskyla.fi/ikatalo/ik%C3%A4%C3%A4ntyneelle/ik%C3%A4-ja-arki/v%C3%A4est%C3%B6n-ik%C3%A4%C3%A4ntyminen-suomessa>

Terveysportin www-sivut. 2017. Viitattu 10.09.2020. <https://www.terveysportti.fi/dtk/hta/koti>

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2018. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Tutkimuseettisen neuvottelukunnan www-sivut. Viitattu 28.10.2020. [https://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/HTK\\_ohje\\_2012.pdf?\\_ga=2.37737065.893088211.1606298418-1788870515.1602769699](https://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/HTK_ohje_2012.pdf?_ga=2.37737065.893088211.1606298418-1788870515.1602769699)

Vilkka, H. 2015. Tutki ja kehitä. Jyväskylä: PS-kustannus.

Vogel, A., Waldorff, F. B. & Waldemar, G. 2010. Impaired Awareness of Deficits and Neuropsychiatric Symptoms in Early Alzheimer's Disease: The Danish Alzheimer Intervention Study (DAISY). The Journal of Neuropsychiatry and Clinical Neurosciences 22, 273-275. Viitattu 12.10.2020. <https://neuro.psychiatryonline.org/doi/pdf/10.1176/jnp.2010.22.1.93>

Voros, V., Gutierrez, D., Alvarez, F., Boda-Jorg, A., Kovacs, A., Tenyi, T., Fekete, S. & Osvath, P. 2019. The impact of depressive mood and cognitive impairment on quality of life of the elderly. *Psychogeriatrics* 20, 271–277. Viitattu 20.10.2020. <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/psyg.12495>

WHO:n www-sivut. 2020. Viitattu 27.10.2020. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/depression>

Wong, S., Irish, M., O'Callaghan, C., Kumfor, F., Savage, G., Hodges, J.R., Piguet, O. & Hornberger, M. 2017. Should I trust you? Learning and memory of social interactions in dementia, 14-18. Viitattu 26.10.2020. [https://ueaeprints.uea.ac.uk/id/eprint/64651/1/Accepted\\_manuscript.pdf](https://ueaeprints.uea.ac.uk/id/eprint/64651/1/Accepted_manuscript.pdf)

Yew, B., Alladid, S., Shailajad, M., Hodgesa, J.R. & Hornbergera, M. 2013. Lost and Forgotten? Orientation Versus Memory in Alzheimer's Disease and Frontotemporal Dementia. *University of New South Wales*, 475-476. Viitattu 26.10.2020. <https://content.iospress.com/articles/journal-of-alzheimers-disease/jad120769>

Ylönen, S. 2011. Masennus, sosiodemografiset tekijät, sosiaaliset suhteet ja koettu terveys 75-79-vuotiailla kotona asuvilla ikääntyneillä. Pro Gradu tutkielma. Jyväskylän yliopisto. Viitattu 20.10.2020. <https://jyx.jyu.fi/bitstream/handle/123456789/36564/URN%3aNBN%3afi%3ajyu-2011082011260.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

You, S. C., Walsh, C. M., Chiodo, L. A., Ketelle, R., Miller, B. L., & Kramer, J. H. 2015. Neuropsychiatric Symptoms Predict Functional Status in Alzheimer's Disease. *Journal of Alzheimer's disease* 48, 4-5. Viitattu 19.10.2020. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4751056/>

Young min, C., Boung Chul, L., Ihm-Geun, C., Guk-Hee, S., Dong Young, L. & Jee Wook, K. 2020. MMSE Subscale Scores as Useful Predictors of AD Conversion in Mild Cognitive Impairment. *Dovepress* 16, 1768-1775. Viitattu 28.10.2020. <https://www.dovepress.com/mmse-subscale-scores-as-useful-predictors-of-ad-conversion-in-mild-cog-peer-reviewed-fulltext-article-NDT>



LIITETAULUKKO 1. Kirjallisuuskatsaukseen valitut tutkimukset.

Tekijät, julkaisuvuosi	Tutkimuksen tarkoitus	Aineisto ja tutkimusmenetelmät	Keskeiset tulokset
Hongisto, K. 2017.	Kartoittaa Alzheimer potilaiden käytösoireita sekä elämänlaatua.	Tutkimusjoukko koostui varhaisen vaiheen Alzheimerin tauti potilaat. Tutkimusaineisto kerättiin käyttäen seuraavia mittareita: NPI, MMSE, ADL, BDI, CDR	Alzheimerin taudin aivan varhaisessa vaiheessa käytösoireita esiintyi tutkittavien kesken usein, 76.5 %:lla vähintään yksi. Suurimmat oireryhmät olivat masennus (37,1%), ahdistuneisuus (25,8%), ärtyneisyys (34,2%), apaattisuus (47,9%) sekä levottomuus (29,6%).
Hölttä, E. 2017.	Tutkia käytöoireiden esiintyvyyttä muistisairauksissa ja deliriumissa. (n=425)	Tutkimusjoukko koostui akuuttien geriatrinen osastojen potilaista. Hoitajien ja omaishoitajien haastattelut, MMSE, CDR, CT/MRI, EEG, mahdolliset edeltävät neuropsykologiset testit.	Enemmän kuin neljälläviidesosalla muistisairastapotilaista ilmeni useita käytösoireita. Käytösoireita ilmeni potilailla keskimäärin 2.8 ja enemmän kuin yksi käytösoire tuli ilmi 67.2%:lla. Keskimäärin muistisairaot, joilla oli yksi tai useampi käytösoire, saivat MMSE pisteitä 10.5.
Wong, S., Irish, M., O'Callaghan, C., Kumfor, F., Savage, G., Hodges, J.R., Piguet, O. & Hornberger, M. 2017.	Tutkimuksessa selvitettiin muistia ja sosiaalisten tilanteiden ymmärrystä Alzheimerin tauti ja otsa-ohimolohkorapeuma potilailla. (n=54)	Tutkimusjoukko koostui Alzheimerin tauti ja otsa-ohimolohkorapeuma potilaista. Tutkimusaineisto kerättiin käyttäen seuraavia mittareita: SVS, KDEF	Alzheimerin tautia ja otsa-ohimolohkorapeumaa sairastavien keskittymiskyky, työmuisti ja kognitiivinen joustavuus ja havainnointikyky olivat merkittävästi kontrolliryhmää huonommat. Oppimiskyky oli heikoin Alzheimerin taudissa.
Jefferies, E., Rogers, T. T., Hopper, S., & Ralph, M. A. 2010.	Vertailla Wernicken afasia ja semanttinen dementia potilaiden verbaalisia toimintoja.	Tutkimusjoukko koostui Wernicken afasia ja semanttisen dementian potilaista. Tutkimusaineisto kerättiin käyttäen muun muassa seuraavia mittareita: PALPA 35, BDAE	Yksittäisten sanojen ymmärtäminen ja arkipäiväisten esineiden tunnistaminen oli helpompaa semanttista dementiaa sairastaville potilaille kuin WA potilaille. Lauseiden, olivat ne sitten helppoja, keskivaikeita tai vaikeita, ymmärtäminen oli helpompaa semanttista dementiaa sairastavilla potilailla kuin WA potilailla.
Adlam A-L., Patterson, K., Patterson, S. Bozeat, J. & Hodges, R. 2020.	Tutkimuksessa selvitettiin muistitoimintoja muistisairailta potilailla. (n=75)	Tutkimusjoukko koostui Alzheimerin tauti ja semanttisen dementian potilaista sekä kontrolliryhmästä. Tutkimusaineisto kerättiin käyttäen muun muassa seuraavia mittareita:	Alzheimerin tautia sairastavilla yleisin oire liittyi tapahtumamuistiin. Semanttista dementiaa sairastavilla tapahtumamuisti ei paljoakaan eronnut Alzheimer potilaiden tasosta, huolimatta sairauden vakavuusasteesta.

		MMSE, Word-to-picture matching, Picture sorting	
Beaudreau, S. A., Kaci Fairchild, J., Spira, A. P., Lazzeroni, L. C., & O'Hara, R. 2013.	Selvittää lievää kognitiivista heikentymää sairastavia ja kognitiivisilta kyvyiltään normaaleja ihmisiä ja heidän riskiään sairastua muistisairauteen. (n = 856, ka 79,15-vuotiaat)	Tutkimusjoukko koostui lievää kognitiivista heikentymää sairastavista henkilöistä ja kognitiivisilta toiminnoiltaan normaaleista. Tutkimusaineisto kerättiin käyttäen seuraavia mittareita: NPI	Käyttöoireiden vakavuusaste ja tiheysaste korreloivat myöhemmin saatavan muistisairausdiagnoosin saamisen kanssa.
Oishi, Y., Imamura, T., Shimomura, T. & Suzuki, K. 2020.	Tutkimuksessa selvitettiin Alzheimer ja Lewyn kappale -tauti potilaiden havaitsemista sekä miten eri näkökulmat, kuvan tarkkuus aste ja visuaalisen hahmottamisen vaikeudet vaikuttavat objektien tunnistamiseen.	Tutkimusjoukko koostui Lewyn kappale -tauti ja Alzheimerin tauti potilaat. Tutkimusaineisto kerättiin käyttäen seuraavia mittareita: MMSE, MRI, CDR.	Lewyn kappale -tauti potilaiden oli Alzheimer potilaita huomattavasti vaikeampi tunnistaa objekteja, jotka olivat sekä epätarkkoja että kuvattu vaikeammin tunnistettavasta näkökulmasta. Alzheimerin tautia sairastavien oli erityisen vaikea tunnistaa vaikeammin tunnistettavasta näkökulmasta kuvattuja objekteja. Alzheimerin tautia sairastavien ja kontrolliryhmän väliltä ei löytynyt suuria eroja visuaalisen hahmotuskyvyn kanssa.
Yew, B., Alladid, S., Shailajad, M., Hodgesa, J.R. & Hornbergera, M. 2013.	Orientaatiota sekä muistitoimintoja Alzheimer ja otsa-ohimolohkorappeuma potilailla. (n=190)	Tutkimusjoukko koostui Alzheimerin tauti ja otsa-ohimolohkorappeuma potilaista. Tutkimusaineisto kerättiin käyttäen seuraavia mittareita: ACE-R, CDR.	Otsa-ohimolohkorappeumaa sairastavilla orientaatiokyvyssä ei ollut kontrolliryhmään verrattuna juurikaan eroja, mutta muistitoiminnot olivat kyllä häiriintyneet.
You, S. C., Walsh, C. M., Chiodo, L. A., Ketelle, R., Miller, B. L., & Kramer, J. H. 2015.	Käyttöoireiden ja toimintakyvyn yhteyttä Alzheimerin tautiin.	Tutkimusjoukko koostui Alzheimerin tauti potilaista. Tutkimusaineisto kerättiin käyttäen seuraavia mittareita: FAQ.	Erityisesti apatian, ahdistuksen, motoristen- ja uni-häiriöiden todettiin olevan yhteydessä huonompaan toimintakykyyn. Mitä tiheämmin ja mitä vakavammat oireet olivat, sitä enemmän potilaat tarvitsivat tukea päivittäisissä toiminnoissa.
Vogel, A., Waldorff, F. B. & Waldemar, G. 2010.	Selvittää varhaisen vaiheen Alzheimerin taudissa esiintyvää sairaudentunnettomuutta ja käyttöoireita sekä niiden yhteyttä. (n=321)	Tutkimusjoukko koostui Alzheimerin taudin varhaisen vaiheen potilaista. Tutkimusaineisto kerättiin käyttäen seuraavia mittareita: ARS, MDR, CSDD, NPI-Q.	Tyypillisimmin esiintyneet käyttöoireet olivat seuraavat: ärtyneisyys (42,9%), apatia (38,6%), masennus (36,1%), ahdistus (28,7%) sekä levottomuus (23,4%). Nämä oireet ilmaantuivat tiheästi Alzheimerin taudin alkuvaiheessa, vaikka tauti on silloin vakavuusasteeltaan lievä.

Stopford, C. L., Thompson, J. C., Neary, D., Richardson, A. M., & Snowden, J. S. 2012.	Vertailla työmuistin ja keskittymiskyvyn eroja Alzheimerin tautia sairastavilla ja otsa-ohimolohko dementiaa sairastavilla (n=64).	Tutkimusjoukko koostui sekä amnestista että tyyppillistä Alzheimerin tautia sairastavista potilaista. Tutkimusaineisto kerättiin erilaisten testien avulla ja MMSE:n tuloksia vertaamalla.	Tarkkaavaisuudessa otsa-ohimolohko rappeumaa sairastavat pärjäsivät merkittävästi Alzheimer potilaita huonommin. Alzheimer potilaiden ja kontrolliryhmän tulokset eivät merkittävästi eronneet toisistaan.
Ahmed, S., Baker, I., Thompson, S., Husain, M. & Butler, C. R. 2016.	Raaja-apraksian, diagnostisten menetelmien sekä muistisairauksien yhteyttä.	Tutkimusjoukko koostui Alzheimerin taudin ja afasia potilaista Oxford Cognitive Disorders Clinic:llä. Tutkimusaineisto kerättiin käyttäen seuraavia mittareita: MRI, ACE-R.	Raaja-apraksia sekä vasemman aivolohkon toimintahäiriöt olivat yleisempiä Alzheimerin taudin kirjon taudeissa. Kaikilla tutkituista yhtä lukuun ottamatta oli raaja-apraksia. Raaja-apraksia erotti 83%:n varmuudella AD:N ja otsa-ohimolohkorappeuman eri muotoineen.
Ozkan, S., Adapinar, D. O., Elmaci, N. T., & Arslantas, D. 2013.	Selvittää Alzheimerin taudin ja verenkiertoperäisen muistisairaudesta erotusdiagnoosiikkaa.	Tutkimusjoukko koostui Alzheimerin taudin ja pienten suonten taudin potilaista. Tutkimusaineisto kerättiin käyttäen seuraavia mittareita: AST (Apraxia Screening Test), MMSE	Tässä tutkimuksessa merkittävä erottava tekijä Alzheimerin taudin ja verenkiertoperäisen muistisairaudesta välillä, jotka olivat tasoltaan yhtä vakavia, oli apraksia.
Hua-Shan, W. & Li-Chan, L. 2014.	Tutkia ideationaalista apraksiasta kärsivien muistisairaiden ja muistisairaiden joilla ei sitä ole, eroja ruokailussa ja ravinnonsaannissa.	Tutkimusjoukko koostui ideationaalista apraksiasta kärsivistä muistisairaista ja muistisairaista, joilla ei sitä ole. Tutkimusaineisto kerättiin käyttäen seuraavia mittareita: EBS, MNA, MMSE.	Eräässä tutkimuksessa selvisi, että 24.8%:lla tutkituista muistisairaista esiintyi ideationaalista apraksiaa. Tämä vaikutti heidän kykyynsä syödä omatoimisesti. MMSE pisteet olivat alhaisemmat kuin muilla tutkimukseen osallistuneilla muistisairailta.
Rosenberg, P. B., Mielke, M. M., Appleby, B. S., Oh, E. S., Geda, Y. E., & Lyketsos, C. G. 2013.	Tutkia käytösoireiden ja lievän kognitiivisen heikentymän sekä Alzheimerin taudin yhteyttä.	Tutkimusjoukko koostui lievän kognitiivisen heikentymän potilaista. Tutkimusaineisto kerättiin käyttäen seuraavia mittareita: NIP-Q, MMSE, CDR, GDS-1.	Käytösoireet lisäsivät huomattavasti riskiä sairastua muistisairauteen. Niiden todettiin kuuluvan Alzheimerin taudin ensioireisiin ja että niitä hoitamalla saatettaisiin taudin kulkua pystyä hidastamaan.
Peters, M. E., Rosenberg, P. B., Steinberg, M., Norton, M. C., Welsh-Bohmer, K. A., Hayden, K. M., Breitner, J., Tschanz, J. T., Lyketsos, C. G., & Cache County Investigators. 2013.	Tutkia käytösoireiden näytösoireiden yhteyttä riskiin sairastua muistisairauteen lievästä kognitiivisesta heikentymästä kärsivillä.	Tutkimusjoukko koostui lievän kognitiivisen heikentymän potilaista. Tutkimusaineisto kerättiin käyttäen seuraavia mittareita: NIP-Q, MMSE, CDR.	Lievää kognitiivista heikentymistä sairastavilla, joilla esiintyi yksi tai useampi käytösoire, oli suurempi riski sairastua muistisairauteen. Jo lieväasteiset käytöshäiriöt ennustivat sairauden puhkeamista myöhemmin.

Forrester, S. N., Gallo, J. J., Smith, G. S., & Leoutsakos, J. M. 2016.	Tutkia käytösoireiden ja lievän kognitiivisen heikentymän sekä muistisairauden yhteyttä.	Tutkimusjoukko koostui lievän kognitiivisen heikentymän potilaista. Tutkimusaineisto kerättiin käyttäen seuraavia mittareita: NIP-Q, MMSE, GDS-15.	Eri käytösoireiden esiintyminen on todennäköisesti yhteydessä riskiin sairastua muistisairauteen.
Chapman, K. R., Bing-Canar, H., Alosco, M. L., Steinberg, E. G., Martin, B., Chaisson, C., Kowall, N., Tripodis, Y., & Stern, R. A. 2016.	Tutkia MMSE-testin ja Alzheimerin taudin yhteyttä. (n= 23 438, ka 75-vuotiaat)	Tutkimusjoukko koostui lievän kognitiivisen heikentymän potilaista. Tutkimusaineisto kerättiin käyttäen seuraavia mittareita: MMSE, LM.	MMSE-testi yksinään saattaa vaikuttaa vääränlaisen tutkimusjoukon valintaan tutkimuksiin, joissa yritetään kehittää Alzheimerin taudin diagnostiikkaa sekä hoitoa.
James, K., Thompson, C., Willie-Tyndale, D., Holder Nevins, D., Gibson, R., Johnson, P., McKoy Davis, J., & Eldemire-Shearer, D. 2019.	Selvitettää MMSE-testin tuloksen yhteyttä muistisairausdiagnoosiin. (n= 2782, >60-vuotiaat)	Tutkimusjoukko koostui laajasta joukosta 60-tai yli 60-vuotiaita. Tutkimusaineisto kerättiin käyttäen seuraavia mittareita: MMSE.	20 pistettä saaneilla keskimääräinen MMSE pistemäärä oli 24.5 pistettä. Heistä 1,5%:lla diagnosoitiin muistisairaus. 20 tai vähemmän pisteitä saaneilla diagnosoitiin muistisairaus 19,4%:lla. Tutkijoiden mukaan MMSE-testi on hyvä muistisairauden seulontaväline.
Ylönen, S. 2011.	Tutkimuksen tarkoitus oli selvittää, onko sosiaalisilla suhteilla yhteyttä masennukseen jyvaskyläläisillä kotona asuvilla 75-79-vuotiailla henkilöillä, jotka olivat ilmoittaneet kokevansa yksinäisyyttä ja/tai alakuloisuutta vähintään silloin tällöin. (n=292)	Tutkimusaineisto saatiin vuonna 2008 kerätystä GeroCenterin HyväMieli - iäkkäiden henkilöiden mielenterveiden edistämisen - hankkeen aineistosta. Tutkimusmenetelmänä koostui strukturoiduista kysymyksistä, GDS-15-asteikosta sekä kotihaastattelusta.	Lähes 22% tutkimusjoukosta kärsi jonkin asteisesta masennuksesta. Masentuneiden sosiaaliset suhteet olivat heikompia ja heillä oli vähemmän kodin ulkopuolisia aktiviteetteja. Lisäksi siivilisäädellä, taloudellisella tilanteella sekä koulutustaustalla oli merkitystä masennuksen ilmaantumiseen. Masentuneet kokivat elämänlaatunsa heikommaksi.
Kabátová, O., Uričková, A. & Botíková, A. 2014.	Tarkoituksena oli selvittää palvelutaloissa tai vastaavissa hoitolaitoksissa asuvien henkilöiden masennuksen yleisyyttä sekä masennuksen esiintyvyyteen vaikuttavat tekijät. (n=84, >65 vuotiaat)	Tutkimus tehtiin kvalitatiivisena tutkimuksena hyödyntäen GDS-15 kyselylomaketta.	GDS asteikko paljasti, että 28,6 prosentilla vastaajista oli masennustila. Tilastolliset testit osoittivat, että masennusta esiintyi eniten yksinäisten, leskeksi jääneiden, kroonisista tautista tai kivusta kärsivien sekä kognitiivisen toimintakyvyn häiriöstä kärsivien iäkkäiden keskuudessa.
Aylaz, R., Aktürk, Ü., Erci, B., Öztürk, H. & Aslan, H. 2012.	Tarkoituksena oli tutkia masennuksen ja yksinäisyyden yhteyttä ikääntyneillä sekä niiden riskitekijöitä. (n=913, >60 vuotiaat)	Tutkimus toteutettiin kuvailevalla ja korreloivalla tutkimusmenetelmällä.	Ikääntyneiden masennuksen ja yksinäisyyden välille löydettiin yhteys. Yhteyden voimakkuuteen vaikuttavat yhteisössä asuminen, sosiaalinen turva sekä ansiotulot.

<p>Grover S., Sahoo S., Chakrabarti S. &amp; Avasthi, A. 2019.</p>	<p>Tarkoituksena oli arvioida masennuksesta kärsivien ikään-tyneiden oireprofiilia, mukaan lukien ahdistuneisuus ja somaattiset oireet, käyttäen GDS-30, BDI, GAD-7 ja PHQ-15 asteikoita. (n=83, &gt;60 vuotiaat)</p>	<p>Tutkimus toteutettiin psykiatrisessa avohoitoklinikalla Pohjois-Intiassa. Tutkimusaineisto koottiin masennusta sairastavien potilaiden täydentämien GDS, GAD-7, PHQ-15 ja BDI-II lomakkeiden pohjalta.</p>	<p>60 tutkittavaa (72,28 prosenttia) sai yli 10 pistettä GAD-7 asteikolla, joka viittaa huomattavaan ahdistukseen. PHQ-15 asteikon mukaan 98,8 prosentilla tutkittavista oli tapahtunut somatisaatiota. Masennuksen vakavuusasteella ei ole merkittävää yhteyttä koettuun ahdistukseen tai masennuksen oireisiin.</p>
<p>Shina, C., Park, M., Lee, S-H., Ko, Y-H., Kim, Y-K., Han, K-M., Jeong, H-G. &amp; Han, C. 2019.</p>	<p>Tarkoituksena oli tutkia GDS-15 asteikon hyödyllisyyttä masennuksen eri vaiheiden erottamisessa. (n=774, &gt; 65 vuotiaat)</p>	<p>Taustatiedot sekä kliiniset tiedot kerättiin tutkitavilta haastattelemalla sekä kyselylomakkeilla. Diagnostiset haastattelut suoritti kaksi laillistettua psykiatria. Tutkimusaineiston keräämisessä hyödynnettiin GDS-30-asteikkoa, PHQ-15- ja BDI-lomakkeita.</p>	<p>GDS-15 asteikosta saatat pisteet erottelevat hyvin lievän ja vakavan masennustilan sekä normaalin mielentilan. VUS:n mukaan &lt;5 pistettä tarkoittaa normaalia mielentilaa, 5-10 lievää depressiota ja &gt;10 vakavaa depressiota. Youden indeksin mukaan normaalin mielentilan raja on 5, lievässä depressiossa pisteet ovat 6-9 ja vakavassa depressiossa vähintään 10.</p>
<p>Voros, V., Gutierrez, D., Alvarez, F., Bodajorg, A., Kovacs, A., Tenyi, T., Fekete, S. &amp; Osvath P. 2019.</p>	<p>Tarkoituksena oli määrittää tutkittavien kognitiiviset toiminnot, masennus ja muut tekijät, jotka vaikuttavat elämänlaatuun 65 vuotta täyttäneiden keskuudessa. (n=60, &gt; 65-vuotiaat)</p>	<p>Yli 65-vuotiaita haasteltiin ja heidän elämänlaatunsa, kognitiiviset toiminnot sekä masennusoireensa määritettiin kliinisten testien ja seurantamenetelmien avulla (OPQOL-Brief, QOL-AD, MMSE, CDT, BDI, GDS).</p>	<p>Elämänlaadun ja kognitiivisten toimintojen välille ei löydetty yhteyttä. Sen sijaan masennuksen ja elämänlaadun välillä havaittiin yhteys. Masennuksella siis todettiin olevan enemmän negatiivinen vaikutus elämänlaatuun kuin kognitiivisella toimintakyvyllä.</p>
<p>Mehra, A., Grover, S., Chakrabarti, S. &amp; Avasthi, A. 2017.</p>	<p>Arvioida ensimmäisestä masennusjaksoista kärsivien ikään-tyneiden oireprofiilia mukaan lukien somaattiset oireet. (n=79, &gt;60-vuotiaat)</p>	<p>Tutkimusjoukko koostui psykiatrisen avohoitoklinikan potilaista. Tutkimusaineisto kerättiin käyttäen GDS-30-asteikkoa sekä PHQ-15-kyselylomaketta.</p>	<p>GDS-30 mukaan yleisimmät ikääntyneiden masennuksen oireet ovat harrastusten lopettaminen, mielen sumentuminen, tunne elämän tyhjyydestä, häiritsevät ajatukset, joista ei pääse eroon, uusien projektien aloittamisen vaikeus sekä sosiaalisten koontumisien välttäminen.</p>
<p>Marliana, T., Keliat, B., Daulima, N. &amp; Rahardjo, T. 2019.</p>	<p>Tutkia yksinäisyyden esiintymismuotoja ja tapoja masentuneiden iäkkäiden joukossa.</p>	<p>Tutkimusaineisto kerättiin seuraavista tietokannoista: Proquest, EBSCO, Science Direct, Willey Online Library ja Scopus. Tutkimusmenetelmänä käytettiin käsitteanalyysia.</p>	<p>Masentuneen iäkkään yksinäisyyttä kuvaavia piirteitä ovat haavoittuvuus, pelokkuus, avuttomuus, itsekontrollinen menettäminen ja hämmennys identiteetissä.</p>
<p>Ciulla, L., Nogueira, E.,</p>	<p>Tarkoituksena oli tutkia itsemurhariskin</p>	<p>Tutkimusmenetelmänä käytettiin</p>	<p>15,7%:lla todettiin kohonnut itsemurhariski.</p>

<p>Gomes da Silva Filho, I., Tres, G., Engroff, P. Ciulla, V. &amp; Neto, A. 2013.</p>	<p>esiintymistä ja sen yhteyttä sosiodemografisiin tekijöihin sekä mielialaan vaikuttaviin sairauksiin. (n=530, &gt; 60-vuotiaat)</p>	<p>poikkileikkaustutkimusta. Diagnoosit teki-vät psykiatrit hyödyn-tään lyhyttä kansainvä-listä neuropsykiatrista haastattelua (MINIplus).</p>	<p>Kaksisuuntaisessa mie-lialahäiriössä on suurentunut riski itsemurhan teki-miselle myös sairausjakso-jen ulkopuolella. Masen-nuksen yhteydessä ainoas-taan aktiivisesta masen-nusjaksosta kärsivien ikääntyvien itsemurhariski oli kasvanut.</p>
--	---	--	--

## MINI-MENTAL STATE EXAMINATION

POTILAS: \_\_\_\_\_ SYNTYMÄAIKA: \_\_\_\_\_

TUTKIJAJA: \_\_\_\_\_ PVM: \_\_\_\_\_

Seuraavassa esitän Teille erilaisia pieniä muistiin ja älyllisiin toimintoihin liittyviä kysymyksiä ja tehtäviä:

	Väärin	Oikein		Väärin	Oikein
1. Mikä vuosi nyt on?	0	1	13. Mitkä olivat ne kolme sanaa, jotka pyysin Teitä painamaan mieleenne? (Sanojen järjestyksellä ei ole merkitystä.)		
2. Mikä vuodenaika nyt on?  (talvi = joulukuu, tammi, helmikuu kevät = maaliskuu, huhti, toukokuu kesä = kesäkuu, heinäkuu, elokuu syksy = syyskuu, lokakuu, marraskuu; aina ± 1 vko)	0	1	PAITA                      RUUSU                      0                      1 RUSKEA                      tai                      PALLO                      0                      1 VILKAS                      AVAIN                      0                      1		
3. Monesko päivä tänään on? (± 1 pv)	0	1	14. Nyt kysyn Teiltä kahden esineen nimeä.		
4. Mikä viikonpäivä tänään on?	0	1	a) Mikä tämä on? – näytetään rannekelloa      0                      1 b) Mikä tämä on? – näytetään lyijykynää      0                      1		
5. Mikä kuukausi nyt on?	0	1	15. Nyt luen Teille lauseen. Pyydän Teitä toistamaan sen perässäni:		
6. Missä maassa olemme?	0	1	<b>EI MITÄÄN MUTTIA EIKÄ JOSSITTELUA</b> 0                      1		
7. Missä maakunnassa olemme? (Myös vanhan läänijaon mukaiset vastaukset hyväksytään)	0	1	(Annetaan piste vain, jos lause on täysin oikein. Lausetta ei saa toistaa.)		
8. Mikä on tämän paikkakunnan nimi?	0	1	16. Seuraavaksi annan Teille paperin ja pyydän Teitä tekemään sille jotain. (Paperi asetetaan pöydälle tutkittavan eteen.)		
9. Mikä on tämä paikka jossa olemme? (Sairaalan/terveyskeskuksen nimi, kotiosoite)	0	1	Ottakaa paperi vasempaan käteenne. Taittakaa se keskeltä kahtia ja asettakaa polvienne päälle. (Ohjeita ja lausetta ei saa toistaa eikä henkilöä saa auttaa.)		
10. Monennessako kerroksessa olemme?	0	1	Ottaa paperin vasempaan käteen                      0                      1 Taittaa sen                      0                      1 Asettaa paperin polville                      0                      1		
11. Seuraavassa pyydän Teitä painamaan mieleen kolme sanaa. Kun olen sanonut ne, toistakaa perässäni. (Kaksi vaihtoehtoista sarjaa)			17. Näytän Teille tekstin "SULKEKAA SILMÄNNE". Pyydän Teitä lukemaan sen ääneen ja noudattamaan sen ohjetta. (Annetaan piste vain, jos sekä lukee tekstin että sulkee silmänsä.)		
<b>PAITA – RUSKEA – VILKAS</b>					
<b>RUUSU – PALLO – AVAIN</b>					
PAITA                      RUUSU                      0                      1					
RUSKEA                      tai                      PALLO                      0                      1					
VILKAS                      AVAIN                      0                      1					
(Merkittään ensimmäisellä kerralla muistetut sanat. Jos ensimmäisessä toistossa tulee virheitä, sanoja kerrataan, kunnes kaikki kolme sanaa on opittu.) Toistoja _____ (enintään 5 kertaa).			18. Kirjoittakaa kokonainen lyhyt lause mieleenne mukaan. (ks. seuraava sivu)      0                      1		
12. Nyt pyydän Teitä vähentämään 100:sta 7 ja saamastanne jäännöksestä 7 ja edelleen vähentämään 7, kunnes pyydän lopettamaan.			(Yksi piste, jos lause on ymmärrettävä ja siinä on ainakin subjekti ja predikaatti. Kirjoitusvirheet eivät vaikuta.)		
93.....                      0                      1			19. Voisitko piirtää tämän kuvion alapuolelle samanlaisen kuvion. (ks. seuraava sivu)      0                      1		
86.....                      0                      1			(Annetaan piste, jos kaikki sivut ja kulmat ovat tallella ja leikkauspinta on nelikulmainen.)		
79.....                      0                      1					
72.....                      0                      1					
65.....                      0                      1					
(Kysymys voidaan toistaa kerran, jos sitä ei heti ymmärretä. Jos henkilö tekee välillä virheen, mutta jatkaa siitä oikein vähentäen 7 virheellisestä luvusta, tulee vääriä vastauksia 1. Kynää ja paperia ei saa käyttää.)					

MMSE-testin pistemäärä \_\_\_\_\_ /30



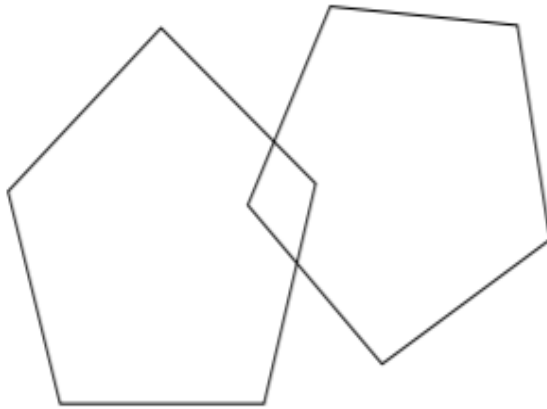
Kirjoittaisitteko lauseen tähän.

---

---

---

Piirtäisittekö tämän kuvion alapuolelle samanlaisen kuvion.





# **SULKEKAA SILMÄNNE**

Kuva 1. Mini-mental State Examination (Käypä hoito n.d.)

**Myöhäisiän depressioseula GDS-15**

Potilaan nimi: \_\_\_\_\_

Arviointipäivämäärä: \_\_\_\_\_

Syntymäaika: \_\_\_\_\_

Arvioija: \_\_\_\_\_

**Myöhäisiän depressioseula GDS-15**

1. Oletteko periaatteessa tyytyväinen elämäänne?	kyllä	EN	10. Onko Teillä mielestänne enemmän muistihäiriöitä kuin ihmisillä yleensä?	KYLLÄ	ei
2. Oletteko luopunut monista riennoistanne ja harrastuksistanne?	KYLLÄ	en	11. Onko Teidän tällä hetkellä hyvä elää?	kyllä	EI
3. Tuntuuko elämänne tyhjältä?	KYLLÄ	ei	12. Tunnetteko itsenne nykyisellään jokseenkin toivottomaksi?	KYLLÄ	en
4. Pitkästytkö usein?	KYLLÄ	en	13. Tunnetteko olevanne täynnä tarmoa?	kyllä	EN
5. Oletteko enimmäkseen hyvällä tuulella?	kyllä	EN	14. Tuntuuko Teistä, että tilanteenne on toivoton?	KYLLÄ	en
6. Pelkäätkö, että Teille voi tapahtua jotain pahaa?	KYLLÄ	en	15. Tuntuuko, että useimmilla ihmisillä menee paremmin kuin Teillä?	KYLLÄ	ei
7. Tunnetteko enimmäkseen olevanne iloinen?	kyllä	EN	Isoilla kirjaimilla (varjostetut alueet) kirjoitettujen vastausten lukumäärä lasketaan yhteen. Kustakin tällaisesta annetaan yksi piste. Yli 6 pistettä antaa aiheutta depression epäilyyn.		
8. Tunnetteko itsenne usein avuttomaksi?	KYLLÄ	en			
9. Oletteko mieluummin kotona kuin lähdette ulos ja teette uusia asioita?	KYLLÄ	en			

Kuva 2. Myöhäisiän depressioseula (Docplayer n.d.)



Paper for appraisal and reference:.....

Section A: Are the results of the review valid?

1. Did the review address a clearly focused question?

Yes	<input type="checkbox"/>
Can't Tell	<input type="checkbox"/>
No	<input type="checkbox"/>

HINT: An issue can be 'focused' in terms of

- the population studied
- the intervention given
- the outcome considered

Comments:

2. Did the authors look for the right type of papers?

Yes	<input type="checkbox"/>
Can't Tell	<input type="checkbox"/>
No	<input type="checkbox"/>

HINT: 'The best sort of studies' would

- address the review's question
- have an appropriate study design (usually RCTs for papers evaluating interventions)

Comments:

Is it worth continuing?

3. Do you think all the important, relevant studies were included?

Yes	<input type="checkbox"/>
Can't Tell	<input type="checkbox"/>
No	<input type="checkbox"/>

HINT: Look for

- which bibliographic databases were used
- follow up from reference lists
- personal contact with experts
- unpublished as well as published studies
- non-English language studies

Comments:

4. Did the review's authors do enough to assess quality of the included studies?

Yes	<input type="checkbox"/>
Can't Tell	<input type="checkbox"/>
No	<input type="checkbox"/>

HINT: The authors need to consider the rigour of the studies they have identified. Lack of rigour may affect the studies' results ("All that glisters is not gold" Merchant of Venice – Act II Scene 7)

Comments:

5. If the results of the review have been combined, was it reasonable to do so?

Yes	<input type="checkbox"/>
Can't Tell	<input type="checkbox"/>
No	<input type="checkbox"/>

HINT: Consider whether

- results were similar from study to study
- results of all the included studies are clearly displayed
- results of different studies are similar
- reasons for any variations in results are discussed

Comments:

Section B: What are the results?

6. What are the overall results of the review?

HINT: Consider

- If you are clear about the review's 'bottom line' results
- what these are (numerically if appropriate)
- how were the results expressed (NNT, odds ratio etc.)

Comments:

7. How precise are the results?

HINT: Look at the confidence intervals, if given

Comments:

Section C: Will the results help locally?

8. Can the results be applied to the local population?

Yes	<input type="checkbox"/>
Can't Tell	<input type="checkbox"/>
No	<input type="checkbox"/>

HINT: Consider whether

- the patients covered by the review could be sufficiently different to your population to cause concern
- your local setting is likely to differ much from that of the review

Comments:

9. Were all important outcomes considered?

Yes	<input type="checkbox"/>
Can't Tell	<input type="checkbox"/>
No	<input type="checkbox"/>

HINT: Consider whether

- there is other information you would like to have seen

Comments:

10. Are the benefits worth the harms and costs?

Yes	<input type="checkbox"/>
Can't Tell	<input type="checkbox"/>
No	<input type="checkbox"/>

HINT: Consider

- even if this is not addressed by the review, what do **you** think?

Comments: