

Tampereen yliopisto
Terveystieteen laitos

Lyhyt masennusmittari (GDS5) ikäihmisen mielialan
arviointivälineenä

Pro gradu –tutkielma
Tampereen yliopisto
Terveystieteen laitos
Suvi Nikula
Tammikuu 2002

TIIVISTELMÄ

TAMPEREEN YLIOPISTO
Terveystieteen laitos

NIKULA, SUVI: Lyhyt masennusmittari (GDS5) ikäihmisen mielialan arviointivälineenä
Pro gradu –tutkielma, 60 s., 5 liitesivua
Ohjaaja: Professori Marja Jylhä
Kansanterveystiede
Tammikuu 2002

Masentuneisuus on merkittävä uhka ikääntyvän hyvinvoinnille ja toimintakyvyn ylläpidolle. Tämän tutkimuksen tarkoituksena on selvittää lyhyen masennusmittarin (Geriatric Depression Scale, GDS5) sopivuutta ja toimivuutta tamperelaisten eläkeikäisten haastatteluaineistossa, TamELSA-99:ssä.

Lyhyt masennusmittari (GDS5) on viiden kysymyksen kysymyssarja, joka on lukuisissa tutkimuksissa osoittautunut luotettavaksi ikääntyvien masennuksen tunnistusvälineeksi. Suomessa lyhyen GDS5-mittarin käytöstä ei ole aikaisempia raportteja. Mittarin luotettavuutta on tässä tutkimuksessa arvioitu Cronbachin alfa-kertoimen avulla. Mittarin tuloksia on myös verrattu masentuneisuuteen liittyvän muun oireilun yleisyyteen.

Masennus on moni-ilmeinen ilmiö, jonka vaikutukset elämänlaatuun yltyvät psyykkisestä hyvinvoinnista sosiaalisten verkostojen heikkenemiseen ja fyysisen suorituskyvyn alenemiseen. Ikääntyvien masennusta pidetään yhtenä keskeisenä tekijänä, jonka hoitamisella ja lievittämisellä voidaan tukea ja ylläpitää itsenäistä selviytymistä ja elämäntilaa.

Tässä tutkimuksessa käytetty aineisto kuuluu TamELSA (Tampere Longitudinal Study of Aging) –aineistoon, joka on tamperelaisten eläkeikäisten hyvinvointia, elämäntapoja ja terveyttä koskeva vuonna 1979 alkanut tutkimus. Lyhyt masennusmittari lisättiin haastatteluun vuonna 1999, joten tässä raportoidaan tutkimuksen viimeisimmän seuranta-haastattelun tuloksia poikittaisasetelmalla. Haastateltuja oli kaiken kaikkiaan 398 ja vastausprosentti oli 93. Tämän raportin tulokset käsittelevät yhteensä 352 vastanneen tuloksia, sillä sijaishaastatelluille, sekä hyvin sairaille masennusmittarin kysymyksiä ei esitetty. Vastanneista 191 oli naisia ja 161 miehiä. Ikäjakauma oli 70-98 vuotta ja keski-ikä 77 vuotta. Vastanneista suurin osa asui kotona, kahdeksan palveluasunnossa ja viisi oli lyhytaikaisessa sairaalahoitossa.

Masennusmittarin tulosten mukaan 22 % vastanneista oli masentunut. Mittarin pistesumman (0-5) kynnysarvo masennukselle oli kaksi pistettä tai enemmän. Masennus oli hieman yleisempää naisilla ja vanhemmissa ikäryhmissä. Iän merkitys ei ollut tilastollisesti merkitsevää taustamuuttujien vakioinnin ja porrastetun toimintakyvyn vakioinnin jälkeen. Toimintakyky oli vakioinnin jälkeenkin itsenäinen masennusta selittävä tekijä. Toimintakyvyn rajoitusten lisäksi erilaiset oireet olivat merkittävästi yleisempiä masentuneilla kuin ei-masentuneilla.

SUMMARY

UNIVERSITY OF TAMPERE
Tampere School of Public Health

NIKULA, SUVI: Short depression scale (GDS5) and the elderly
Master's thesis, 65 p.
Instructor: Professor Marja Jylhä
Public health
January 2002

Depression is a significant risk factor for the well-being and functional ability of an elderly person. This study report is concerned with the acceptability and performance of a short depression scale (Geriatric Depression Scale, GDS5) among Finnish elderly. The data is a part of the TamELSA (Tampere Longitudinal Study of Aging) 1999 study.

Short depression scale (GDS5) is a 5-item questionnaire designed to evaluate depressions particularly in the elderly. Previous studies have shown it to be a reliable instrument to screen depression in old age. Results concerning the performance of the GDS5 have not been previously reported in Finland. The reliability of the scale has been evaluated here with the Cronbach's alfacoefficient. Results of the scale have also been compared against other depression related symptomatology.

Depression is a multidimensional phenomenon, which significantly affects quality of life, social well-being and functional ability. Depression in old age is considered to be a significant factor, that can be ameliorated and treated in order to support and maintain independence and quality among the elderly.

This study is a part of the TamELSA study was launched initially in 1979 to investigate the life styles, well-being and health of the elderly population in Tampere. Short depression scale was added to the questionnaire in 1999, so this report only deals with the cross-sectional data of the latest follow-up of TamELSA. The total sample was 398 respondents and the response rate was 93 %. This report investigates those 352 respondents who replied to the depression scale because proxy interviews and those very ill were not presented with the GDS5. 191 of the respondents were women and 161 were men. Age range was 70-98 years and the mean was 77 years. A great majority of the respondents were living in their homes, eight lived in assisted living facility and five were in short term care institutions.

The results show, that 22 % of the respondents were depressed. The cut-off for the score (0-5) here was two or more points. Depression was slightly more common in women than in men, and in the older age groups. Age was not a significant predictor of depression after all sociodemographic background variables and functional ability were adjusted for. Functional limitations and symptomatology were significantly more common in the depressed than others. Several indicators of social networks also showed the increased need for support among the depressed.

SISÄLLYS

1	Johdanto		4
1.1	Ikääntyvän mielenterveyden tutkimuksesta	4	
1.2	Näköaloja ikääntymiseen		6
1.3	Ikääntyminen ja mielenterveys		12
1.4	Masennuksen luokittelu ja kulku		13
1.5	Masennuksen moni-ilmeisyys	15	
2	Ikääntyminen ja masennus		17
2.1	Masennuksen riskitekijät ikääntyessä		17
2.2	Ikäihmisten masennuksen yleisyys		19
2.3	Masennuksen erityispiirteitä ikäihmisellä		22
2.4	Masennuksen tunnistamisen ongelma		24
2.5	Ikääntyvän masennus ja toimintakyky		25
2.6	Masennuksen ja toimintakykyisyyden vuorovaikutuksen mekanismit		26
2.7	Masennus jatkumona		28
3	Masennuksen mittaaminen		29
3.1	Masennuksen seulonta		29
3.2	Ikääntyvien seulonnat		30
3.3	Masennusmittari – GDS		31
3.4	Lyhyempien GDS-mittarien kehittäminen	32	
3.5	Viiden kysymyksen GDS		34
3.6	GDS:n luotettavuus eri kulttuureissa		35
4	Lyhyt masennusmittari TamELSA- tutkimuksessa		36
4.1	Masentuneisuuden tutkiminen TamELSA-aineistolla	36	
4.2	TamELSA –99 aineisto		36
4.3	Tutkimuskysymykset		
4.4	Menetelmät		38
4.4.1	GDS5-mittari		38
4.4.2	Muut muuttajat		38
4.4.3	Tilastolliset menetelmät		40
4.5	Tulokset		41
4.5.1	GDS-mittarin tulokset	41	
4.5.2	GDS5:n mittaustarkkuuden tarkastelu		44
4.5.3	GDS:n tulokset taustamuuttujien mukaan		45
4.5.4	GDS:n tulokset ja yleinen hyvinvointi		47
4.5.5	Toimintakyvyn rajoitukset ja masentuneisuus		49
4.5.6	Oireiden esiintyvyys ja masentuneisuus		50
4.5.7	Masennus, ikä ja toimintakykyisyys		51
5	Pohdinta		52
	LÄHTEET		58
	LIITE, Muuttujaluettelo		65

1 Johdanto

1.1 Ikääntyvän mielenterveyden tutkimuksen mielekkyydestä

Vanheneminen on monitasoinen prosessi, johon vaikuttavat lukuisat tekijät kuten yksilölliset ominaisuudet, sosiaaliset verkostot ja yhteiskunnalliset olosuhteet. Sosiaalistuminen elämän eri vaiheisiin sisältää uusien roolien hyväksymisen ja oppimisen sekä vanhoista rooleista luopumisen. Eläkkeelle jääminen ja leskeytyminen ovat tyypillisimmät esimerkit tällaisista elämän muutos- tai kriisitilanteista, joiden aikana psyykkiset voimavarat joutuvat koville. (Pohjolainen 1990, 27-32; George 1980, 11.) Roolien valinnat ovat vain osittain yksilöiden itsensä päätettävissä; monet yhteiskunnalliset seikat kuten työelämän lainalaisuudet, esimerkiksi työn puute ja ikäsorto, vaikuttavat rooleihin joutumiseen (Nikander 1999, 216). Lukuisista haasteista huolimatta elämän ehto on omalla tavallaan antoisaa aikaa, kuten muutkin elämänvaiheet, sillä elämänhallinta säilyy useimmiten vakaana koko elämän (Ruth 1998, 326) ja ikääntyvä yksilö sopeutuu kohtaamiinsa muutoksiin. Ikääntymiseen liittyy kuitenkin aina pienempiä tai suurempia vastoinkäymisiä.

Vastoinkäymiset ja masentuneisuus kulkevat usein käsi kädessä. Vanhenemisen tutkimuksessa on tutkittu paitsi masentuneisuuden riskitekijöitä ikääntyvillä, myös masennuksen mahdollisia ikäviä seuraamuksia. Ikääntymisen tutkimuksessa on kiinnitetty huomiota masennuksen rooliin ikäihmisen elämänlaadun heikentäjänä. Tuloksista on huomattu, etteivät vanhemmat ihmiset ole sen masentuneempia kuin nuoremmatkaan. Ikääntyvien masentuneisuuden tutkimuksella on kuitenkin erityinen sijansa, koska masennus ja masentuneisuus ilmenevät ikäihmisillä erilaisena kuin nuoremmilla aikuisilla. Tässä opinnäytetyössä tarkastelen olemassa olevan kirjallisuuden avulla ikääntyvien masennusta, tutkin siihen liittyviä tekijöitä ja raportoin lyhyellä masennusmittarilla (Geriatric Depression Scale, GDS5) saatuja tuloksia tamperelaisten eläkeläisten haastattelututkimuksessa, TamELSA-99:ssa. Talvella 1999-2000 kerätyn tutkimusaineiston kysymyksiin kuului viiden kysymyksen masennusmittari, joka on aikaisemmin todettu luotettavaksi ikääntyvien masennuksen arviointivälineeksi (Clement ym. 1999). Suomessa mittaria ei kuitenkaan ole validoitu tai sen käytön tuloksia raportoitu aikaisemmin. Tässäkään tutkimuksessa ei ole mahdollista varsinaisesti validoida kyseistä mittaria, koska tutkituille ei suoritettu kliinistä psykiatrista arviointia. Arvioin mittarin

luotettavuutta sen psykometristen ominaisuuksien perusteella, sekä pyrin arvioimaan mittarin sopivuutta tarkastellen tuloksia erilaisten taustamuuttujien kuten muut vaivojen ja oireiden sekä toimintakykyisyyden avulla.

Ikääntyvän väestön elämäntilanteen tarkastelu ei kaipaa monimutkaisia perusteluja; yli 65-vuotiaiden osuus väestöstä on viime vuosikymmeninä noussut melkoisesti ja ennusteet tuleville vuosikymmenille ennakoivat kehityksen jatkumista ennallaan (Taulukko 1.). Ikäihmiset ovat yhteiskunnallisesti merkityksellinen väestöryhmä, jonka tarpeiden ja toiveiden tarkastelu on todellakin tarpeen. Ikääntyvien mielialahäiriöt ovat merkittävä kansanterveydellinen ja kansantaloudellinen ongelma, jonka tunnistaminen ja hoito ovat edelleen puutteellisia. Ikääntyvän yksilön kannalta mielialahäiriöt aiheuttavat paljon kärsimystä ja avun tarvetta. (Koponen ja Leinonen 1999, 533.)

Taulukko 1 65 vuotta täyttäneiden lukumäärä ja osuus koko väestöstä vuonna 2000 ja ennusteet vuosille 2010, 2020 ja 2030 (Tilastokeskus 2002).

	2000 (1000)	%	2010 arvio (1000)	%	2020 arvio (1000)	%	2030 arvio (1000)	%
65 – v.	777	15	896	17	1 223	23	1 376	26
Yhteensä koko väestö	5 181		5 268		5 317		5 291	

Ormel'n ym:n (1998) mukaan masennusoireiden kansanterveydellisen merkityksen perusteluksi riittää jo niiden esiintyvyys, joka lähentelee jo 20 prosenttia. (Ormel ym. 1998, 45.) Kansanterveydellisistä sekä kansantaloudellisistä syistä on tarpeen etsiä keinoja ikääntyvien mielialahäiriöiden tunnistamisen tehostamiseksi: mielialahäiriöt aiheuttavat merkittävää kärsimystä ja avun tarvetta sekä lisäävät palveluiden tarvetta. (Koponen & Leinonen 1999, 533.) Yli 65-vuotiaiden ryhmässä mielenterveyden häiriöt ovat toiseksi suurin sairaalahoitopäivien aiheuttaja heti verenkierroelinten sairauksien jälkeen (Suomalaisten terveys 1996, 266-267.) Ikääntyvien masennukseen liittyy hyvinvoinnin ja arkisen toimintakyvyn heikkeneminen ja suurempi riski toimintakyvyn vajaukseen, korkeampi kuolleisuus sekä lisääntynyt palvelujen käyttö. (Beekman ja Copeland 1999, 307; Koponen ja Leinonen 1999, 534; Pulska ym. 2000; Saz ja Dewey 2001.)

1.2 Näköaloja ikääntymiseen

Vanheneminen ja vanhenemisen tutkimus jaetaan useimmiten biologiseen, psykologiseen ja sosiaaliseen vanhenemiseen. Rajanveto vanhenemisen eri osa-alueiden välillä on kuitenkin mutkikasta, sillä tutkittaessa mitä tahansa vanhuuteen liittyvää ilmiötä biologia, psykologia ja sosiaalinen kulkevat tiiviisti käsi kädessä. (Hervonen ja Pohjolainen 1991, 19-21; Jyrkämä 1995, 15-17) Vanhenemisen tutkija törmää usein enemmän tai myöhemmin tutkimuskohteensa sisäänrakennettuun moni-ilmeisyyteen, jonka myötä rajanvedot perinteisiä tieteenaloja kunnioittaen eivät ole mahdollisia. Tämä tutkimus pyrkii asettumaan sosiaaligerontologisen tutkimuksen piiriin hyödyntäen erityisesti sosiaaligerontologisen tutkimuksen poikkitieteellistä joustavuutta ja näkökulmien rikkautta. Käytetty aineisto on puhtaasti määrällinen haastatteluaineisto, mutta määrällisen analyysin lisäksi olen pyrkinyt tarkastelemaan ikääntyvän masennusta olemassaolevan kirjallisuuden valossa laajemmin kuin aineiston puitteissa on ollut mahdollista. Näkökulmia ovat rikastaneet ikääntyvän masennusta, tai masennusta yleensä käsittelevä monipuolinen kirjallisuus, sekä aikaisempi sosiaaligerontologinen tutkimusaiheeseen sopivasti liittyvä tutkimus.

Seuraavassa esitän lyhyesti keskeisiä sosiaaligerontologian teorioita, mutta en tässä yhteydessä syvenny niihin perusteellisesti, koska niiden sovittaminen ikääntyvän masennukseen ei ole helposti tehtävissä. Teorioiden esittely on aiheellista, koska niiden tuntemus luo taustan vanhenemisen tutkimukseen liittyvälle työlleni. Sosiaaligerontologian teoriat pohjautuvat tyypillisimmillään sosiologiseen ajatteluun, jolloin mielenterveyden ongelmia ei ole sellaisenaan liitetty teoreettiseen viitekehykseen. Sosiaaligerontologian alalla on toki tehty runsaasti psykologistakin tutkimusta, mutta siinäkin yhteydessä masennusta ei sinänsä ole käsitelty erikseen. Masennusta koskevat tutkimuksetkaan eivät ole kovasti kiinnittäneet huomiota masennukseen suhteutettuna sosiaaligerontologisiin teorioihin, vaan tutkijat ovat enimmäkseen tyytyneet masennuksen käsittelyyn erilaisten mallien avulla.

Hervosen ja Pohjolan (1991, 75-102) yhteenvedossa sosiaaligerontologiset selitysmallit on jaettu teorioihin ja perspektiiveihin, jotka puolestaan on ryhmitelty yhteisö- ja yksilötasojen (makro vs. mikro) ja näiden vuorovaikutuksen kautta. Tämä erottelu perustuu yhtäältä sosiaaligerontologisten teorioiden kapea-alaisuuteen sekä tarkasteltavana olevan ilmiön rajoittuneisuuteen (tietty elämänvaihe). Toisaalta monet selitysmallit ovat hyvinkin laaja-alaisia, jolloin

perspektiivi on luontevampi ilmaus. Yksilötason perspektiiveihin kuuluvat elämänkuluperspektiivi, symbolinen interaktionismi sekä sosiaalisen vaihdon perspektiivi ja teorioihin puolestaan rooliteoria, vanhenemisen sosiaalistumisen, sopeutumisen sekä tasapainon ylläpidon näkökulmasta. Näille selitysmalleille on ominaista vanhenemisen tarkastelu vanhenevan yksilön näkökulmasta sisältäen tämän elämänkulun, sosiaaliset suhteet muihin, sekä roolien ja yleisten odotusten muutokset yksilöä kohtaan. Vanheneminen merkitsee lukuisia muutoksia yksilötasolla, mikä edellyttää yksilöltä kykyä sopeutua erilaisiin oman suorituskyvyn sekä elämäntilanteen muutoksiin. Sopeutumisen selitysmalliin kuuluvat myös vanhenemistutkimuksen klassikoiksi muodostuneet aktiivisuus-, irtautumis-, ja jatkuvuusteoria, jotka pyrkivät kuvailemaan ikääntymistä yksilön sosiaalisen aktiivisuuden lisääntymisen, vähenemisen tai jatkuvuuden kautta.

Yhteisötason perspektiivejä ovat rakennefunktionalistinen, konflikti- sekä systeemiteoreettinen perspektiivi ja teorioita ikäkerrostuma-, vanhusten alakulttuuri-, vähemmistöryhmä- sekä modernisaatioteoria. Nämä selitysmallit pyrkivät selittämään ikääntymistä yhteiskunnallisten rakenteiden staattisuuden tai dynaamisuuden, ikään perustuvien erityisryhmien tai yhteiskunnan nykyaikaistumisen näkökulmasta. Lisäksi Hervonen ja Pohjolainen (1991, 95-102) kuvailevat ympäristöteoriat, joiden puitteissa ikääntyvä yksilö kuvataan suhteessaan ympäristöön ja ympäristön erilaisiin tekijöihin (sisältäen muun muassa sosiaalisen sekä fyysisen ympäristön).

Eri maissa toteutettujen tutkimuksien tulosten ja niiden pohjalta laadittujen teoreettisten kokonaisuuksien soveltaminen ei sekään ole aivan mutkatonta. Tämänkin tutkimuksen aineistona käytetty TamELSA –aineisto sai alkunsa vuonna 1979 yhdessätoissa Euroopan maassa toteutetun vertailevan tutkimuksen myötä. Tutkimuksen vertailevat raportit ovat osoittaneet, että vanheneminen on yhteydessä ympäröivään kulttuuriin ja elinympäristöön (Hervonen ja Pohjolainen 1991, 22-23), minkä myötä on perusteltua pohtia myös suomalaisen vanhenemisen mahdollisia ainutlaatuisia kulttuurisia piirteitä.

Jyrki Jyrkämän (1995) väitöskirjatutkimus välittää tulkintoja nimenomaan suomalaisesta vanhenemisestä. Jyrkämä (1995, 210-219) kuvailee työssään neljä erilaista näkökulmaa sosiaalisen vanhenemisen tarkasteluun. Sosiaalista vanhenemistä voi hänen mukaansa lähestyä sosiaalis-historiallisen elämänkulun, prosessuaalisesta, elämäntilanteellis-toiminnallisesta, sekä ympäristöllis-normatiivisesta näkökulmasta. Ensimmäinen näistä koskee elämänkulun aika- ja paikkasidonnaisuutta. Toinen käsittelee vanhenemistä yhtäältä yksilön elämänkulun

etenemisenä ja toisaalta ikääntymisenä. Olennaista on että elämäntilanne ja kronologinen ikääntyminen ovat osaksi toisistaan erilliset prosessit. Kolmannen näkökulman Jyrkämä liittyy aktiivisuus-, irtautumis- ja jatkuvuus teorioihin. Hän esittää, että näitä selitysmalleja voisi hedelmällisemmin tarkastella teorian sijaan vaihtoehtoisina toimintastrategioina, joista ikääntyvä yksilö valitsee kuhunkin tilanteseen sopivimman tavan sopeutua. Neljäntenä näkökulmana Jyrkämä kuvailee fyysisen ympäristön (esimerkiksi asuinpaikkakunnat), ikääntyvälle muotoutuvan aseman ja integraation asteen merkitystä ikääntyvälle. Lopuksi Jyrkämä toteaa, että sosiologiselle vanhenemisen tutkimukselle juuri erilaisten näkökulmien ja selitysmallien yhdistely ja kunkin sopivien elementtien soveltaminen ikääntymisen tutkimukseen tuottaisi mahdollisesti rikkaimpia tutkimustuloksia. Edellä kuvatut näkökulmat peilaavat onnistuneesti vanhenemisen tutkimuksen sisäsyntyistä poikkitieteellisyyttä ja tutkimusaiheen itsensä tarjoamia runsaita mahdollisuuksia monipuoliselle ikääntyvän ihmisen elämäntilanteen pohdinnalle.

Vanhenemisen tutkimus käsittelee yhtäältä ikääntyvän yksilön kokemusta, toisaalta vanheneminen on myös ympäröivien sosiaalisten suhteiden väritystä. Elämäntilanteen kypsyttämä viisaus on yleinen positiivinen mielikuva joka liitetään vanhuuteen. Vanhenemiseen liitetyt negatiivisiksi koetut muutokset ovat kuitenkin saaneet osakseen paljon huomiota nuoruutta ja suorituskykyisyyttä ihannoivassa kulttuurissamme. Vanhenemisen tutkijat kirjoittavat ikään liittyvästä stigmasta, ikäerottelusta ja "vanhuuden naamioista", joiden vuoksi vanhemmat ikäryhmät joutuvat nykyisin erilaisen arvioinnin kohteeksi kuin aikaisemmin. Vanhenemistutkimuksen haasteina voidaan pitää muun muassa vanhenevien itsensä ikääntymiskokemusten tarkastelua yleisten stereotyyppien rinnalla, jonka kautta olisi mahdollista tuottaa erilaisia ikääntymisen mielikuvia, jotka haastaisivat vallalla olevat, useinkin kielteiset mielikuvat. Elämäntilanteen tutkimusnäkökulmasta ikääntymistä tutkittaisiin laajasti sen sosiaalisen rakentumisen kautta, suhteessa yksilön muihin elämäntilanteisiin, aikaisemmin eläneiden ikäihmisten elämään sekä tuleviin sukupolviin. (Featherstone ja Hepworth 1989, 151-155)

Elinkaaren pidentyminen on innoittanut pohtimaan myös entistä suurempien ikäihmisjoukkojen terveydentilan kehitystä. Sihvonen erottelee Mantonin (1982, ref. Sihvonen 1994) mukaan kolme toisistaan selvästi poikkeavaa näkökulmaa; optimistinen, pessimistinen ja välittävä ns. dynaaminen tasapainotila. Optimistisen näkökulman tunnetuin edustaja on James Fries (ref. 1980, 1983, 1984, 1989 ref. Sihvonen 1994), joka on esittänyt ajatuksen sairastavuuden pakkaantumisesta elämän loppupuolella ("the compression of morbidity"). Hänen mukaansa samat elinaikaan myönteisesti vaikuttaneet tekijät tulevat selvästi lisäämään myös

terveiden elinvuosien määrää. Pessimistisen näkökulman mukaan ihmiset sairastuvat saman ikäisenä kuin ennenkin ja lisääntyneiden elinvuosien myötä ehtivät sairastella entistä enemmän kuin aikaisemmin. Kramer (1980, ref. Sihvonen 1994) ennustaa erityisesti ikääntyvien mielenterveysongelmien lisääntymistä kielteisten yhteiskunnallisten kehityssuuntien tuloksena ("the raising pandemic of mental disorders") ja Gruenberg (1977, ref. Sihvonen 1994) puolestaan kuvaa tilannetta onnistumisen epäonnistumisena, "the failure of success".

Dynaamisen tasapainotilan ("dynamic equilibrium") kuvaaja Manton (1982, ref. Sihvonen 1994) puolestaan myöntää kummankin edellisen kannan mahdollisuuden, mutta esittää ajatuksen näiden kahden mahdollisesta tasapainotilasta, jossa sairastuvuudesta huolimatta elämänlaatua pystytään ylläpitämään entistä paremmin. Vaikka ikääntyvällä väestöllä siis olisikin entistä enemmän sairauksia, niiden voimakkuus ja etenemisnopeus ovat vähentyneet niin, että ikäihmiset pystyvät ylläpitämään entistä parempaa toimintakykyisyyttä. Tällä puolestaan on selvä vaikutuksensa yhteiskunnallisten palveluiden suunnitteluun ja järjestämiseen, sillä toisaalta terveydenhuollon palveluiden tarve lisääntyisi, mutta toisaalta ikäihmiset voisivat paremman toimintakyvyn myötä osallistua aktiivisemmin jopa työelämään tai ainakin selviytyisivät arkisista askareistaan nykyistä itsenäisemmin. (Sihvonen 1994, 4.)

Vaikeasti tutkimuksella tavoitettava, mutta väistämättä ikääntymiseen liittyvä ilmiö on lähenevän oman kuoleman kohtaaminen. Molander (1999) selvitti tutkimuksessaan yli 80-vuotiaiden ajatuksia elämästään ja kuolemastaan (N=10, 5 syöpäpotilasta, 5 'tervettä' syövästä). Tutkimuksen tavoitteena oli selvittää voiko kuolemaan kasvaa ja sisältykö kuolemaan kasvaminen vanhenemiseen tutkimuksen tavoitteena oli erityisesti vertailla syöpäsairaiden ja 'terveiden' välisiä eroja. Tulosten mukaan erot olivat itse asiassa suurempia miesten ja naisten välillä kuin sairaiden ja terveiden. Naisten vanhenemiseen liittyvät pelot koskivat sisäisen maailman hallinnan menettämiseen (erityisesti dementia) ja miesten ulkomaailman hallinnan menettämiseen (ruumiinvoimien menetys ja ruumiillinen näivettyminen). Tutkimuksen tarjoama tilaisuus saada kertoa muistoistaan antoi tutkituille keinon löytää uusia, myönteisiä näkökulmia menneisyyden tapahtumiin ja kuolemankin kohtaaminen helpottui, kun kuolemanjälkeinen alkoi mielikuvien maailmassa häämöttää 'menneen hyvän' heijastumana. Molanderin aineistolähtöinen (grounded theory) tutkimusote onnistui paljastamaan vanhusten käymää sisäistä prosessia. Tutkitut kuuluivat ikäluokkaan, jonka elinaikana kuolema on siirtynyt kodeista ja kotiyhteisöistä laitoksiin ja useimmilla heillä olikin kokemuksia muiden kuolemasta, erityisesti sodan ajalta. (Molander 1999, 239-247.) Molanderin tutkimus havainnoi

mahdollisuutta laadullisen tutkimuksen keinoin pureutua ikääntyvien mielenmaisemiin ja tarkastella heidän omia kokemuksiaan vanhenemisestä. Lisäksi haastattelututkimus ja tutkijan sitoutuminen tutkittujen vanhenemisprosessin tukemiseen antaa myös esimerkin siitä, kuinka tutkijakin voi oman työnsä välityksellä tukea ikääntyvää vanhenemisen haasteiden kohtaamisessa.

Asenteet kuolemaan ovat kiinnostavia paitsi ikääntyvien itsensä näkökulmista, myös sosiaalisen ympäristön asenteiden määrittelijänä. Kulttuurisen tarkastelun myötä on ikääntymiseen liittyvien negatiivisten asenteiden taustatekijöistä löydettävissä muun muassa kielteinen suhtautuminen kuolemaan läheisyyteen, joka nykyisin saa ilmenemismuotonsa vanhenemisen pelkona. Vanhenemisen myötä ei enää koeta saavutuksia vaan menetyksiä, kuoleman aikaisemmin sisältämät lupaukset tuonpuoleisesta eivät enää tuo lohtua nykyajan ihmiselle. Ikääntymiseen liittyvä ajan myötä väistämättä lisääntyvä avuntarve ja riippuvuus voivat pahimmillaan muodostaa kauhukuvan, jota ei mielellään kohdata edes muissa ihmisissä. (Kangas & Nikander 1999, 11-12.)

Lopuksi vielä viittaus Lars Tornstamin (1978, 44; 80-81) sosiaaligerontologisesta tutkimuksesta esittämiin ajatuksiin, jotka oivallisesti tiivistävät sosiaaligerontologian tutkimuksellista otetta, sekä haasteita edelleen tälläkin vuosituhannella. Tornstamin käsitys on, että sosiaaligerontologisen tutkimuksen tehtävänä ei ole arvottaa ikääntymistä suuntaan tai toiseen, vaan tavoitteena on vanhuuteen liittyvän muutoksen tutkimus ja kuvailu. Lisäksi vanhenemisen tutkijat ovat puuttuneet muutamiin yleisiin harhakäsityksiin vanhenevan väestön rooleista nyt ja ennen. Ahkerasti viljelty ”ennen oli hyvin, ja nyt on huonommin” –käsitys, jonka yhteydessä viitataan esimerkiksi harmonisiin kolmen sukupolven perheisiin, joissa isovanhemmilla on kunnioitettu rooli, on osoitettu vain hyvin harvojen ja valikoitujen vanhusten rooliksi länsimaisissa kulttuureissa ennen teollistumista. Toisaalta Tornstam (1978, 82) tuo esille myös sen, että länsimaisen modernisoituvaan elämäntapaan liittyy myös piirteitä, jotka kiistatta asettavat erityisiä haasteita vanhenevalle väestönosalle. Esimerkiksi kiivas tulevaisuuteen suuntautuminen jättää alleen tässä hetkessä elämisen ja muistojen vaalimisen, jotka puolestaan ovat luontevampia kääntyvälle, joka ei voi enää olla niin varma tulevien päivien lukuisuudesta.

1.3 Ikääntyminen ja mielenterveys

Ikääntyvän ihmisen mielenterveys rakentuu koko elämän aikana koetuille kokemuksille ja kyvykkyydelle sopeutua vanhenemiseen liittyviin muutoksiin. Vaikka ikääntyvän haasteet positiivisen mielenterveyden ylläpidolle ovat lukuisat, Riitta-Liisa Heikkinen (2001, 194-213) maalailee ikääntyvästä mielikuvan vahvana ja paljon kokeneena, runsaasta elämäkokemuksesta ammentavana yksilönä. Hän perustelee tämän näkemyksen vanhojen omalla kannanotolla "Elämä muuttaa ihmistä, siinä kouliintuu." (s. 213). Taulukossa 2. on esitetty Pitt'n (1993) yhteenveto erilaisista ikääntyvän mielenterveyteen vaikuttavista tekijöitä, jotka näin esitettynä voivat viitata mielenterveyttä sekä tukeviin että rasittaviin tilanteisiin. Mielenterveyteen vaikuttavat lukuisat eri tasoilla vaikuttavat tekijät: yksilölliset ominaisuudet, sosiaalinen ympäristö ja yhteiskunnalliset olosuhteet, sekä yksilön koko elämän aikaiset kokemukset.

Taulukko 2 Ikääntyvien mielenterveyteen vaikuttavia tekijöitä (Pitt 1993, 315).

1.	Sosiodemografiset tekijät
2.	Elämäkokemukselliset muuttajat elämäntapahtumat sosiaalinen tuki sosiaalinen stimulaatio sairaus ja toimintakyvyttömyys
3.	Fyysiset altistumiset ravitseemus lääkkeet myrkyt
4.	Makrososiaaliset muutokset taloudelliset muutokset arvoilmapiirin muutokset
5.	Mielenterveyshäiriön sosiaaliset vaikutukset ikäntyvälle itselleen perheeseen koko yhteisöön
6.	Palvelut (omalääkäri, sairaala, hoitolaitokset) saatavuus asianmukaisuus
7.	Sosiaalinen kohtelu
8.	Ennaltaehkäisy

Taulukon 2. luettelosta tulee ilmi myös se, että mielenterveys on paitsi "tulos", myös "syy", eli mielenterveyden häiriöillä on myös omat seuraamuksensa ikääntyvän ihmisen kokemuksille. Masennukseen liittyy sekä hyvinvoinnin että arkisen toimintakyvyn heikkeneminen ja suurempi toiminnallisten rajoitusten, kuolleisuuden ja lisääntyneen palvelujen käytön riski. Masennusta voidaan pitää yhtenä tärkeimmistä häiriöistä, joita lievittämällä toimintakyvyttömyyttä ja

palvelujen käyttöä voidaan ikääntyvien osalta vähentää, koska se useimmiten on hoidettavissa. (Beekman & Copeland 1999, 307.)

Lehtonen ja Lönnqvist (1999) jäsensivät mielenterveyteen vaikuttavia tekijöitä hieman eri tavoin. Mielenterveyttä suojaavat ja haavoittavat tekijät muodostuvat sekä yksilön sisäisistä, että ulkoisista elementeistä. Sisäisiä suojaavia tekijöitä ovat esimerkiksi fyysinen terveys ja perimä, myönteiset varhaiset ihmissuhteet, itsetunto ja hyväksytyksi tulemisen tunne. Ulkoisia suojaavia tekijöitä ovat muun muassa ruoka, suoja, sosiaalinen tuki, turvallinen ympäristö ja toimiva yhteiskuntarakente. Suojaavien tekijöiden ohella, yksilö altistuu lukuisille hänen mielenterveyttään haavoittaville tekijöille, joista sisäisiä ovat esimerkiksi synnynnäinen sairaus tai vamma, itsetunnon haavoittuvuus, avuttomuuden tunne, huonot ihmissuhteet, seksuaaliset ongelmat, huono sosiaalinen asema, eristäytyneisyys, vieraantuneisuus ja laitostuminen. Ulkoisia haavoittavia tekijöitä ovat muun muassa nälkä ja puute, erot ja menetykset, hyväksikäyttö ja väkivalta, päihteet, kulttuuriset ristiriidat, leimaaminen, autonomian puute ja köyhyys. (Lehtonen ja Lönnqvist 1999, 13-18.) Näistä tekijöistä (ja yksilökohtaisesti lukuisista muista) kostuu dynaaminen vuorovaikutusten verkko, joka joko tukee, edistää tai haurastuttaa yksilön mielenterveyttä.

Yli 65-vuotiailla mielenterveyden häiriöt ovat sekä miesten että naisten ryhmässä toiseksi suurin sairaalahoitopäivien aiheuttaja heti verenkierroelinten sairauksien jälkeen. Sairauksista vain skitsofrenia ja dementia löytyvät eriteltyinä, mutta erityisesti nuoremmassa ryhmässä (65-74 -vuotiaat) dementian ja skitsofrenian ohelle jää kuitenkin merkittävästi muitakin erittelemättömiä mielenterveyden häiriöitä, joihin masennuskin kuuluu. (Suomalaisten terveys 1996, 266-267.) Yleisimpiä ikääntyvien mielenterveyshäiriöitä ovat kognitiiviset häiriöt ja masennus. Vanhuspotilaiden kohdalla on aina myös huomioitava lääkeaineiden aiheuttaman psykiatrisen oireilun mahdollisuus (Kaplan ym. 1994, 1159).

Mielenterveyden ongelmien vaikutusten huomioiminen voi osoittautua tulevaisuudessa nykyistäkin tarpeellisemmaksi, sillä niiden osuus työkyvyttömyyden aiheuttajana on kasvanut selvästi 1980-luvun alun jälkeen. Tällä hetkellä ne ovatkin suurin yhtenäinen työkyvyttömyyttä aiheuttava sairausryhmä. Ilmiön syistä ei kuitenkaan olla aivan varmoja, sillä taustalla voi olla joko mielenterveyden häiriön todellinen lisääntyminen tai työkyvyttömyyden kriteerien muutos viime vuosikymmenien aikana. (Suomalaisten terveys 1996, 227.) Työkyvyttömyystekijät ovat merkityksellisiä vanhenemistutkimuksen näkökulmasta senkin vuoksi, että tämän hetken työikäiset, ovat tulevaisuuden ikäihmisiä, ja heidän

terveysongelmansa keski-iässä peilautuvat heidän hyvinvointiinsa myös vanhemmalla iällä. Vanhenemisen tutkimus ei ole vain nykyisen tilanteen tarkastelua, vaan siihen kuuluu olennaisesti myös tulevien ikääntyvien vaikuttavien tekijöiden pohtiminen.

1.4 Masennuksen luokittelu ja kulku

Masennusta luokitellaan usealla eri tavalla. Isometsä (1999b, 118) erottaa arkisen masentuneen tunnetilan sairaudenomaisesta masentuneesta mielialasta. Tunnetilana masennus on useimmiten hetkellinen, ja voi toimia jopa motivoivana voimana ratkaista ongelmia. Masentunut mieliala viittaa pysyvämmäksi muuttuneeseen tunnevireeseen, jota muihin masennuksen oireisiin liitettynä voidaan pitää jo sairautena. Lääketieteellisessä luokittelussa erotellaan erikseen vielä vakava, keskivaikea, lievä, dystyyymi ja kaksisuuntainen masennus omiksi alaluokikseen. Ikääntyvien masennusta koskevien tutkimusten raporteissa on lisäksi viime aikoina kiinnitetty huomiota niin sanottuun "subtreshold" masennukseen, joka viittaa masennuksen kaltaiseen oireistoon, kuitenkin niin lievänä, että se jää yleisten mittauskriteerien alapuolelle (esim. Hybelsin ym. 2001, 357-365). Suomessa on vuoden 1996 alusta ollut käytössä Maailman Terveysjärjestön ICD-10 (International Classification of Diseases, 10. versio). Mielen terveyden häiriöiden luokittelussa on ICD luokitusten rinnalla käytetty paljon myös Amerikan Psykiatriyhdistyksen DSM-luokitusta (the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders of the American Psychiatric Association), jossa on tällä hetkellä käytössä 4. versio. (Lönqvist 1999, 1949).

Depression yleisimpiä oireita ovat masentunut mieliala tai mielenkiinnon ja mielihyvän kokemisen puute. Sekä oireiden määrä että kestämis aika vaikuttavat masennusdiagnoosiin päättymiseen. Diagnoosia tulee aina edeltää huolellinen haastattelu, potilaan fyysinen tutkiminen, tarpeellisiksi katsotut laboratoriaoikeudet sekä lääkityksen tarkistaminen (Kivelä 1993, 151-156). Yleisimmät käytössä olevat kaksi tautiluokitusjärjestelmää DSM-III-R (nykyisin käytössä DSM-V) ja ICD-10 eroavat toisistaan oireiden luokitusten ankaruuden osalta, mutta pääpiirteissään masennuksen oireistoon kuuluu kummassakin edellä mainittujen lisäksi väsymys, keskittymiskyvyn aleneminen, syyllisyyden tunteet, nukkumisvaikeudet ja muutokset ruokahalussa. Depressio on myös luokiteltavissa vakavaan tai lievään, kaksisuuntaiseen masennukseen johon liittyy myös maanisia jaksoja ja muihin pienempiin luokkiin. (Blanchard 1996, 281-281.)

Ikääntyvien masennuksen tutkimuksessa tehdään usein ero myös ennen vanhuusikää alkaneen (early onset, varhain alkanut) ja myöhään alkaneen (late onset) masennuksen välillä. Heun ym:n (2000) tutkimuksen tulosten mukaan esimerkiksi alakuloisuus ja arvottomuuden tunteet ovat yleisempiä varhain alkaneessa masennuksessa, mutta vertailu on melko vaikeaa menetelmällisten haasteiden vuoksi. Beekmanin ym. (1995b) lievän ja vakavan masennuksen vertailussa tulokset antavat viitteitä samantyyppisten erojen löytymiseen kuin varhaisen ja myöhään alkaneen masennuksen välillä. Lievään masennukseen liittyviä riskitekijöitä olivat muun muassa sosiaalisten kontaktien vähentyminen ja fyysisten terveysongelmien lisääntyminen, kun vakavaan masennukseen liittyviä riskitekijöitä olivat persoonallisuus, oma ja perheenjäsenten masennustausta. Beekman ym. (1995b) vetävät erot yhteen toteamalla, että lievän masennuksen riskitekijät ovat tyypillisesti vanhenemisen myötä ilmeneviä haasteita, ja vakavan masennuksen riskitekijät puolestaan viittaavat koko elämän jatkuneeseen haavoittuvuuteen ja taipumukseen reagoida depressiivisesti.

Masennuksen esiintyvyys pitkittäistutkimuksessa antaa selkeämmän kuvan masentuneisuuden kulusta kuin pelkkien ilmaantuvuuksien tarkastelu. Noin 7-30%:lla potilaista masennus on hoidosta huolimatta pitkäaikainen, noin 10% vanhusten masennuksesta kroonistuu ja liki 40% iäkkäistä masennuspotilaista sairastuu seuraavien vuosien (3-6 v) aikana uudestaan. (Koponen ja Leinonen 1999, 535.) Beekman ym. (1995a, 44) tutkivat ikääntyvien masennusta pitkittäisesti vuoden aikana viidessä eri haastattelussa. CES-D-mittarilla arvioitua masennusta (16 pistettä) esiintyi kaikissa seurannoissa 14%:lla, joissakin niissä 34%:lla ja ei missään seurannassa 52%:lla. Edellä mainitut luvut peilaavat yhtäältä masennuksen yleisyyttä, kun asiaa tutkitaan pitemmällä aikavälillä, ja toisaalta poikkileikkaustutkimuksen kyvyttömyyttä ottaa huomioon mielialojen selväkin vaihtelu päivästä ja hetkestä toiseen. Tällöin siirrytään masennuksen osalta enemmän lievempien masennusten, jopa arkisten tunnetilojen alueelle, jolloin on entistä vaikeampaa vetää rajoja merkityksellisen masennuksen ja hetkellisen alakuloisuuden välille. Masennuksen yleisyys on raportoitu tarkemmin kappaleessa 2.2.

1.5 Masennuksen moni-ilmeisyydestä

Masennuksesta tuli 1990-luvun loppupuolella julkisuudessa paljonkin huomiota saanut aihe julkisessa keskustelussa Suomessa. Isometsän (1999a) mukaan masennuksen julkisuusarvo on viime vuosina lisääntynyt; ennen masennuttiin piilossa ja salaa, kun nykyisin asiasta voi kertoa muillekin. Julkisuuden hahmojen tilitykset omista masennuskokemuksistaan ovat toimineet keskustelunavauksena, jonka myötä yleinen tietoisuus masennuksen yleisyydestä on lisääntynyt melkoisesti ja omasta masennuksesta puhumisestakin on monella tapaa tullut sosiaalisesti hyväksyttävämpää. Masennuksen voi tällä hetkellä sanoa saavuttaneen kansantaudin mittasuhteet, mutta Jouko Lönnqvistin (Tikkanen 2001) mukaan on vaikea tietää liittyykö sairauden yleistyminen sen saamaan julkisuuteen vai ovatko suomalaiset todella nykyisin masentuneempia kuin aikaisemmin. Huoli masennuksen lisääntymisestä on viime aikoina siirtynyt vanhemmasta väestä nuorisoon, mutta masennus ei ole suinkaan vähentynyt ikääntyvienkään joukossa. (Tikkanen 2001, 65-67.) Sitä, kuinka paljon nämä äskettäiset trendit ovat koskettaneet eläkeläisväestöä itseään on vaikea arvioida. On kuitenkin mahdollista, että avoimempi keskustelu mielenkin sairauksista on madaltanut monen ikääntyvänkin kynnyistä tutkiskella omia mielenmaisemia ja tunnistaa epätavallista alakuloisuutta. Myöhemmin vertailen masennukseen liittyvien oireiden esiintymistä tamperelaisten eläkeläisten keskuudessa vuosina 1979, 1989 ja 1999.

Masennuksen merkittävyys kansanterveydellisessä mielessä ei ole vain kotimainen ilmiö. WHO:n terveyttä 1990 koko maailmassa arvioivassa raportissa tuodaan selvästi esille, että mielenterveyden häiriöiden merkitys toimintakyvyttömyyden aiheuttajana on aikaisemmin aliarvioitu. Jo vuonna 1990 vakava masennus arvioitiin neljänneksi sairaustaakkaa aiheuttavista sairauksista koko maailmassa, ja sen ennustettiin nousevan toiseksi vuoteen 2020 mennessä. Toimintakyvyttömyyttä aiheuttavien sairauksien listalla vakava masennus nousi ensimmäiseksi. (Murray ja Lopez 1996.)

Ikääntymisen tutkimukselle on ominaista näkökulmien rikkaus ja samaa voi sanoa masennuksesta ilmiönä, sekä sen innoittamasta tutkimuksesta. Tässä opinnäytetyössä keskityn masennuksen epidemiologiseen tutkimukseen ikääntyvillä, mutta seuraavassa otan lyhyesti esille muutaman masennuksen olemusta ilmiönä pohtivan näkökulman.

Jukka Tontti (2000, 3-37) tutki väitöskirjatyössään ihmisten omia selitysmalleja masennukselleen, ja tutkimuksen tavoitteena oli erityisesti pyrkimys arkisten masennuskokemusten tavoittamiseen. Tontin mukaan ihmisillä on voimakas tarve etsiskellä selityksiä erilaisille elämässään kohtaamilleen vaikeuksille, ja masennustila tuottaa erityisen värikkäitä ja monipuolisia selitysmalleja, koska se on ilmiönä kovin moni-ilmeinen. Masennus kuuluu yhtäältä arkisiin tunne-elämän vaihteluihin, ja toisaalta se on elämänilon yksilöltä riistävä sairaus. Masennuksen kokemus tuottaa kokijalleen aina kärsimystä, joka ei ole helposti puettavissa määrällisen tutkimuksen kohteeksi, ja Tontti korostaakin omassa näkökulmassaan masennuksen luonnetta yksilöllisenä kokemuksena. Tautiluokitukset ovat toki olemassa, mutta nekin ovat psykiatrian asiantuntijoiden sopimuksenvaraisesti laatimia. Eräs esimerkki sopimuksenvaraisuudesta ja luokitusten aikasidonnaisuudesta lienee tautiluokituksissa määritellyn suruajan kutistuminen 13 kuukaudesta (DSM-II 1968 ref. Tontti 2000) kahteen kuukauteen (DSM-IV 1994 ref. Tontti 2000) viimeisten 30 vuoden aikana. Tontti erittelee masennuksen selitykset lääketieteellisesti määriteltyihin ja sosiaalisimpiin selitysmalleihin. Lääketieteellinen sairausdiagnoosi voi olla eräällä tapaa yksilölle helpottava selitys: masennus ikään kuin ulkoistetaan itse yksilöstä. Sosiaaliset selitykset sen sijaan saattavat sisältää piilomerkityksiä, joihin voi liittyä viittaus yksilön heikökohtaisiin heikkouksiin, ja näin ollen syytkin tulevat lähemmäs itse masentunutta yksilöä ja saattavat olla tuskallisempia kohdata. (Tontti 2000, 3-37.)

Tontin (2000, 119) tutkimuksen osallistujat olivat 20-45 vuotiaita psykoterapiaan hakeutuneita henkilöitä, joten monella tapaa he muodostavat valikoituneen tutkimusjoukon. Jo ikänsä puolesta heidän kokemuksensa eivät ole suorasukaisesti sovellettavissa vanhempaan ikäryhmään, mutta epäilemättä heidän selitysmallinsa peilaavat yleisiä masentuneiden itsensä mahdollisiksi kokemia selitysmalleja 1990-luvun Suomessa. Yleisimmät selitykset (21%) liittyivät ihmissuhteisiin, 14% omaan ajatteluun, 13% metamalleihin ja lapsuuteen, 11% niin työhön ja toimeentuloon kuin tunteisiin, 8% luonteeseen ja vain 3% ruumiiseen ja sairauteen. Muut pienemmät selitysluokat olivat yhteiskunta, kulttuuri, suku ja luonto. Ensisijaisesti Tontin tutkimuksen tuloksia on kiinnostava liittää tähän yhteyteen on sen vuoksi, että ne kuvaavat nimenomaan suomalaisia masennuksen selityksiä. Tämän tutkimuksen puitteissa en voi esittää synteisiä tamperelaisten eläkeläisten masennusmielikuvista, mutta toisaalta Tontin esittämä masennuksen tiivis kuvaus "masennus on hiljaista surua monista syistä, pikemminkin kuin surua ilman syytä" (s. 135) sopii hyvin vanhenevan ihmisen elämäntulkukseen, johon voi liittyä lukuisia menetyksiä. Myös Weckroth (2000, 436) tuo esille omassa tilityksessään

vastoinkäymisten lukuisuuden pikemminkin kuin yksittäisen takaiskun merkityksen masennuksen laukaisijana.

Masennus sairautena, kuten muutkaan psykiatriset sairaudet, ei ole yksiselitteisesti määriteltävissä. Psykiatrisen sairauden muotoutumista voi kuvata kolmiportaisena prosessina. Ensimmäisenä ovat potilaan yksittäiset oireet sellaisena kuin potilas ne kuvaa ja ne ovat melko selkeästi määriteltävissä. Toisena askelmana voisi pitää oireyhtymää, joka koostuu sovittujen oireiden kokonaisuudesta, mutta voi ilmetä kuitenkin monin eri tavoin. Vasta kolmantena portaana olisi sairaus tai tauti, joka määrittyy oirekokonaisuuden, oireiden intensiteetin, useuden ja keston, sekä mahdollisesti fyysisten merkkien perusteella. (Mullen 1986, 4.) Tässä tutkimuksessa on mahdollista tarkastella masennusta vain haastateltujen henkilöiden raportoimien oireiden perusteella ja edellä kuvatun luokittelun mukaan tällöin kuvatut oireet ovat jokseenkin yksiselitteisesti tulkittavissa. Masennusmittari perustuu sopimukseen siitä, mitkä oireet ovat oleellisia masentuneisuudessa. Mittarin osioita valittaessa tehdään oletuksia, jotka eivät tutkijoiden tekeminä välttämättä vastaa vastaajien käsityksiä heidän mielialastaan tai mielenterveydestään, tai edes sitä miten masennus vastaajien mielestä ilmenee. (Mann ja Murray 1986, 56). Koska käytetty mittari on kuitenkin lukuisten tutkimuksen perusteella luotettavaksi todettu, lähtökohtana on, että sen laatimisessa tehdyt oletukset ovat pääsääntöisesti oikeita.

2 Ikääntyminen ja masennus

2.1 Masennuksen riskitekijät ikääntyessä

Ville Lehtinen (2001, 235-253) tuo esille niitä mielenterveyden haasteita, joiden on huomattu koskevan erityisesti ikääntyviä suomalaisia. Ensinnäkin vanhenemiseen liittyy usein lukuisia siirtymiä kuten eläkkeelle jääminen, leskeytyminen ja asunnon vaihdos, jotka edellyttävät sopeutumista uuteen elämäntilanteeseen. Esille nousseita ikääntyvien huolenaiheita voivat olla erityisesti yksinäisyys, köyhyys, turvattomuus sekä lisääntynyt toisten avun ja huolenpidon tarve. Taulukossa 3. olen esittänyt kolmessa lähteessä mainittuja merkittäviä riskitekijöitä. Osa masennuksen riskitekijöistä on yhteisiä eri ikäisille, mutta ikääntyvillä on myös joukko vain heille tyypillisiä riskitekijöitä. Riskien lukuisuuden huomioiden on melkein hämmästyttävää, ettei ikääntyvillä esiinny enemmänkin masentuneisuutta. (Bhugra & Leff 1993, 323-324.)

Masennuksen riskien moninaisuutta lisää puolestaan se, että niitä voi tarkastella hyvinkin eri näkökulmista. Esimerkiksi Creed (1993, 150-155) esittää elämäntapahtumien merkitystä masennuksen syntymisen kannalta kolmessa luokassa seuraavaan tapaan. Ensinnäkin ne elämäntapahtumat ovat merkityksellisiä, jotka liittyvät yksilölle ensisijaisen tärkeään elämänalueeseen. Toiseksi, tapahtumat, jotka liittyvät roolikonfliktiin, jossa henkilö on joutunut elämään jo pitempään. Kolmanneksi, vakavat takaiskut elämäntilanteessa, jossa on juuri oltu toipumassa vaikeasta elämänvaiheesta. Creedin kuvauksen perusteella on kuitenkin helppo päätellä, että luetellut elämäntapahtumat voivat olla hyvin erilaisia kunkin ihmisen kohdalla (kts. myös Ruth 1998, 317-18; Woods 1999, 80). Creedin kuvaamat ja taulukossa 3. listatut riskit ovat luonteeltaan hieman erilaisia. Edelliset ovat yksilölliseen elämäntilanteeseen sidonnaisia ja vaikeammin mitattavissa kun taulukossa listatut on ainakin osaksi helpommin määriteltävissä ja tutkimuksellisin ottein kuvata.

Taulukko 3 Tutkimuksissa ilmenneitä merkittäviä masennuksen riskitekijöitä ikääntyvillä tutkituilla.

Ruumiillisen toimintakyvyn heikkeneminen
 Toimintakyvyttömyys
 Heikompi itse arvioitu terveys
 Mielialalääkkeiden käyttö
 Koettu vähäinen sosiaalinen tuki
 Naissukupuoli
 Naimattomuus (myös leskeys)
 (Hybels ym. 2001, 357-365)
 Vaskulaarinen dementia
 Alzheimerin tauti
 Aikaisempi masennus
 (Li Yan-sheng 2001, 455-461)
 Eläkkeelle jääminen
 Tulojen väheneminen
 Seuraelämän hiljentyminen
 Suru
 Eristäytyminen
 Itsenäisyyden menettäminen
 Kivuliaat sairaudet
 (Bhugra & Leff 1993, 323-324.)

Masennuksen riskitekijöitä on hyödyllistä lisäksi tarkastella väestötason riskeinä. Beekman ym. (1997a) arvioivat tutkimuksessaan paitsi yksilötason riskejä, myös eri riskitekijöiden väestötason merkityksiä (PAR, population attributable risk) huomioiden eri riskitekijöiden yleisyyden. Kun yksilötasolla korkeimmat riskikertoimet olivat esimerkiksi leskeytymisellä viimeisen vuoden aikana, sillä ei väestötasolla ollutkaan suurta merkitystä harvinaisuutensa vuoksi. Väestötasolla masennuksen merkittäviä

riskejä olivat toimintakyvyn aleneminen, krooniset sairaudet ja naimattomuus (sisältäen leskeyden), nimenomaan sen vuoksi, että ne ovat ikääntyvän väestön keskuudessa kovasti yleisiä ilmiöitä. Vertaamalla siis Creedin (1993) näkökulmaa ja taulukossa 3 lueteltuja riskitekijöitä päädytään loppujenlopuksi vertailemaan yksilö- ja yhteisötason näkökulmia. Vaikka yksilötasolla elämäntapahtumat ovat hyvinkin merkityksellisiä, ne ovat niin harvinaisia, että väestötason vertailussa nousevat merkittäviksi riskeiksi aivan toisenlaiset seikat. Oleellista ei suinkaan ole sen pohtiminen onko toinen näistä näkökulmista toista hyödyllisempi, vaan kummankin lähestymistavan hyötyjen sekä haittojen tunnistaminen.

2.2 Ikäihmisten masennuksen yleisyys

Masennus kuuluu vanhuusiän yleisempiin mielenterveyshäiriöihin. 1980-luvulla tehtyjen suomalaisten tutkimusten perusteella vakavan masennuksen esiintyvyys oli tuolloin eläkeikäisillä miehillä 2-3 % ja naisilla 3-5 %. Arvioiden mukaan pitkäaikaisten tai lievien depressiivisten oireyhtymien sisällyttäminen esiintyvyyteen nostaisi lukuja iäkkäillä miehillä 15-22 %:iin ja naisilla 19-30 %:iin. Ikäihmisten depressiivinen oireyhtymä saattaa ilmentyä myös dementian tapaisin oirein, jolloin sitä kutsutaan pseudo- tai näennäisdementiaksi. Tämän oireyhtymän yleisyys on hyvin vaikeasti arvioitavissa. (Kivelä 1992, 1; 1993, 151.) Suomessa 1988 toteutetussa ikääntyvien mielialakyselyssä saatiin ikääntyvien masentuneisuudelle poikkeavan korkeat esiintymisosuudet. Masentuneisuutta esiintyi 21 %:lla. Masentuneisuus oli yleisempää naisilla ja laitoksissa esiintyvyys oli huikean korkea, eli 43 %. (Heikkinen ym. 1990) Ruotsissa tehdyn tutkimuksen tuloksena 13 %:lla tutkituista 75 vuotta täyttäneistä oli mielialahäiriöitä. Tutkimus tehtiin perusterveydenhuollon yleislääkärivastaanoton yhteydessä ja tutkijat epäillivätkin osan masentuneista jo olevan muiden palveluiden piirissä, joten esiintyvyys jäi ehkä todellisuutta alhaisemmaksi. (Gottfries ym. 1997, 1032.)

Ikääntyneiden masennuksen yleisyyden arvioidaan Iso-Britanniassa olevan 11-16%. Vakavan depression arvellaan olevan harvinaisempaa kuin nuoremmilla aikuisilla, mutta depressiivisen oireilun sen sijaan yleisempää. Geriatric Depression Scale (GDS15) –mittarilla tehdyn tutkimuksen tulokset esiintyvyyden osalta olivat yhteensä 75 vuotta täyttäneille 6,0 %, naisille 7,8 % ja miehille 3,8 %. Depressiivisten oireiden esiintyvyys kaiken kaikkiaan oli naisilla 25 % ja miehillä 12 %. (Arthur ym. 1999, 431-433.) Masennus on Iso-Britanniassa yleisin yksittäinen aihe läheteelle psykogeriatriseen hoitoon (Bhugra & Leff 1993, 323-324).

Kuten ylämainitut esiintyvyyksiluvut osoittavat, tiedot ikääntyvien masennuksen yleisyydestä vaihtelevat merkittävästi riippuen käytetystä masennuksen kriteeristä. Dan Blazerin (1999) toteaa esitellessään eurooppalaista ikääntyvien masennusta koskevaa EURODEP-hanketta, etteivät erilaiset esiintyvyyksiluvut niinkään kerro masennuksen esiintyvyyden eroista eri tutkimusten otoksissa, vaan eroista käytetyissä menetelmissä. Seuraavassa erilaisten kriteerien mukaan tai erilaisissa sairausryhmissä raportoituja masennuksen yleisyyksilukuja, jotka edelleen havainnollistavat Blazerin huomautusta. Hybelsin ym. (2001, 357-365) CES-D – mittarilla arvioituna masennuksen yleisyydeksi raportoitiin 9.2% ja kynnyksen alittavan, kuitenkin merkittävän masennusoireiston (subthreshold depression) esiintyvyydeksi 9,9%. Li Yan-Sheng'n (2001, 455-461) tutkimuksen mukaan masennuksen esiintyvyys eri sairausryhmittäin ja muilla: 31,4% Alzheimerin tautia sairastavilla, 19,9% vaskulaarista dementiaa sairastavilla ja 13,2% muilla. Forsell'n ja Winbladin (1999) mukaan ensi masennuksen esiintyvyys keski-ikänsä 85-vuotiaiden joukossa oli 4,1% (DSM-IV), kun aikaisemmin masentuneet oli poissuljettu tutkimuksesta. Arthur ym. (1999) mukaan yli 75-vuotiaiden vuosittaisessa terveystarkastuksessa masennuksen yleisyys oli 6,0%, miehillä 3,8%, naisilla 7,8% (ICD-10) ja masennusoireita kaiken kaikkiaan naisilla 25% ja miehillä 12%. Korkeimmillaan masennuksen esiintyvyydeksi on kotona asuvien ikääntyvien keskuudessa raportoitu 15,9%, ja tutkijat itsekkin huomauttavat poikkeuksellisen korkeasta esiintyvyydestä. (Livingstone ym. 1990, 137.)

Seuraavassa (Taulukko 4.) masennukseen liittyvien oireiden yleisyys aikaisemmissa kolmessa Tampereella tehdyssä eläkeläisten haastatteluaineistoissa. Vuoden 1979 ja 1989 perustuvat aikaisempiin julkaisuihin, joten ikäluokittelut eroavat toisistaan ja vuoden 1999 luvut ovat tässä tutkimuksessa käytetystä aineistosta. Ikäluokittelun eroista huolimatta taulukosta on mahdollista seuralla oireiden esiintyvyyksiä miesten ja naisten keskuudessa ikäryhmittäin. Vaikuttaa siltä, että alakuloisuuden esiintyvyys väheni vuodesta 1979 vuoteen 1989, ja väheni edelleen vuoteen 1999 miehillä, ja naisilla vuonna 1999 oli enemmän alakuloisutta kuin kahtena aiempina vuonna. Väsymyksen tunteet vaikuttavat vähentyneen, haluttomuuden tunteiden yleisyydestä ei tässä tavoita selkeää suuntausta ja nukahtamisvaikeudet vaikuttavat lisääntyneen. Näiden lukujen vertailu ei tue ajatusta, että masentuneisuus olisi lisääntynyt, mutta nukahtamisvaikeuksien lisääntymistä olisi ehkä tarpeen tutkia tarkemmin.

Taulukko 4 Masennukseen liittyvien oireiden esiintyvyys vuosina 1979 (Heikkinen ym. 1981, taulukko s. 42), 1989 (Jylhä ym. 1992, taulukko s. 36) ja 1999 ikäryhmittäin ja sukupuolittain jaoteltuna. Valitut oireet liittyvät masennuksen oireistoon, ja vuoden 1979 tutkimusraportissa (Jylhä 1985, 99-100) ne liitetään alavireisyys-faktoriin.

Ikäryhmä Oire (1979)	Miehet (%)						Naiset (%)					
	60-	65-	70-	75-	80-	85-	60-	65-	70-	75-	80-	85-
väsytys, heikkouden tunne	17	17	25	25	23	39	21	22	20	23	24	36
alakuloisuus, masennus	9	9	11	9	5	16	15	7	10	12	17	14
haluttomuus, voimattomuus	9	14	23	18	17	22	16	13	16	23	29	28
nukahtamis- vaikeudet	18	20	17	23	25	18	23	22	15	27	15	36

Ikäryhmä Oire (1989)	Miehet (%)				Naiset (%)			
	60-	65-	70-79	80-89	60-	65-	70-79	80-89
väsytys, heikkouden tunne	9	15	17	32	16	15	22	33
alakuloisuus, masennus	3	5	7	7	11	8	9	16
haluttomuus, voimattomuus	7	15	20	34	16	19	18	17
nukahtamis- vaikeudet	14	15	22	18	22	24	25	16

Ikäryhmä Oire (1999)	Miehet (%)				Naiset (%)			
	70-	75-	80-	85-89	70-	75-	80-	85-89
väsytys, heikkouden tunne	14	19	31	38	10	18	8	36
alakuloisuus, masennus	9	6		13	16	24	13	36
haluttomuus, voimattomuus	13	17	15	50	17	28	18	36
nukahtamis- vaikeudet	21	26	42	75	28	43	23	64

2.3 Masennuksen erityispiirteitä ikäihmisellä

Ikääntyvien masennusta arvioidaan usein hieman erilaisin kriteerein kuin vastaavaa ilmiötä nuoremmilla aikuisilla. Alavireisyyttä saatetaan pitää jopa vanhuuteen kuuluvana ilmiönä, vaikka näin ei ole. Vakava masennus on yli 60-vuotiailla muita aikuisryhmiä harvinaisempi sairaus, sillä esiintyvyys on prosenttisyksikköinä hieman alhaisempi kuin nuoremmilla aikuisilla. Lievempää masentuneisuutta ja yksittäisiä masennusoireita on kuitenkin yli 65-vuotiailla melko yleisesti. Aikaisemmin oltiin siinä käsityksessä, että ikäihmisen masennus eroaa muiden ikäryhmien masennuksesta. Tutkimustulokset kuitenkin osoittavat, että masennus on ilmiönä samankaltainen kaikissa ikäryhmissä, vaikka tiettyjä erityispiirteitäkin löytyy. Ikääntyvillä somaattinen oireilu on yleisempää ja masennukseen liittyy useammin ärtyisyyttä ja kuolemanajatuksia. Itsetuhoajatuksiin on yhteydessä suurempi itsemurhariski, joten niihin on ikääntyvien kohdalla suhtauduttava erityisen vakavasti. (Lönngqvist 1999a, 25.) Masentuneilla vanhuksilla on todettu lisääntynyt kuolleisuus, mutta se liittyy Kivelän (1999, 160) mukaan vakavien sairauksien yleisyyteen ja vain pieni osa johtuu itsemurhasta.

Ikääntyvän masennukselle ominaisia piirteitä ovat esimerkiksi työstämättä jäänyt suru läheisen ihmisen kuoleman jälkeen, sosiaalinen arkuus, epävarmuus sosiaalisissa tilanteissa ja vaikeus käsitellä omia pettymyksen ja vihan tunteita. Oireiston arvioiminen vaikeutuu entisestään, kun monet tyypilliset oireet, kuten ajan ja paikan tajun heikkeneminen saattavat ilmetä vain aivan läheisempien ihmisten läsnäollessa. Vieraampien seurassa ikääntyvä saattaa kyetä peittelemään oireitaan. (Huttunen 1999, 1227.) Masennuksen taustalta voi löytyä niin ruumillisia, sosiaalisia kuin psyykkisiäkin tekijöitä. Yhtäältä elämäkokemus ja kypsyys voivat olla suojelevia tekijöitä, mutta toisaalta biologisten voimavarojen heikkeneminen voi lisätä haavoittuvaisuutta. (Lönngqvist 1999a, 26.) Vaikka ikä sinänsä ei olisikaan riskitekijä masennukselle, ikääntymiseen liittyy usein mielenterveyttä kuormittavia elämäntapahtumia (Kaplan ym. 1994, 1159-1161).

Toimivan sosiaalisen tukiverkoston on todettu olevan merkityksellinen masentuneisuuden ehkäisijänä (Kivelän ym. 1990, 84-86). Ikääntyvien kohdalla on esimerkiksi huomattu, että erityisen vaikeita elämäntapahtumia raportoineista vain ne, joilla ei ollut lainkaan luottamuksellista ihmissuhdetta, olivat alttiimpia masennukselle. Uskottu henkilö siis voi toimia eräänlaisena puskurina. Yksittäiset sosiaalisen eristyneisyyden piirteet eivät riitä altistamaan masennukselle, vaan vasta niillä, joilla on useampi tällainen ominaisuus on suurempi riski joutua

masennuksen vuoksi pitkäaikaiseen laitoshoitoon. Runsaille sosiaalisilla suhteilla on todettu olevan yhteys parempaan sekä fyysiseen että psyykkiseen terveyteen, sekä matalampaan kuolleisuuteen. Näiden sosiaalisten suhteiden kannalta positiivisten tulosten osalta on kuitenkin todettava, että tässä tapauksessa terveyspalveluiden saatavuus ja terveyskäyttäytyminen ovat osaltaan voineet toimia sekoittavina tekijöinä. (Henderson 1990, 649.)

Vanhuksen alakuloisuus voidaan nähdä myös suomalaisten ikäasenteiden peilinä; ikäihmisen voi olla vaikeampi löytää juttuseuraa kuin pilleripurkki masennuksen lievittämiseksi. Jyväskylässä tehdyn Ikivihreät-tutkimuksen tuloksista ilmeni, että noin kolmannes ikääntyneistä oli alavireinen. Riitta-Liisa Heikkisen mukaan ikäihmisten mielenterveyteen olisikin kiinnitettävä entistä enemmän huomiota. Muiden yleisten masennuksen syiden lisäksi tutkimuksessa ilmeni yksinäisyyden kokemusten raskaus. Alakuloisuudestaan huolimatta suurin osa tutkituista ei halunnut lääkitystä masennuksen hoitoon, vaan mieluummin toivottiin seuraa ja keskustelukumppania. Heikkisen mukaan olisikin kiinnitettävä huomiota siihen, millaista "mielenmaisemaa" työikäisten ryhmät tuottavat yhteiskuntaamme; kustannustehokkuus ei sisällä leppoisaa yhdessä oloa. (Vainio 1999, 25-26.) Esimerkiksi japanilaista yhteiskuntaa on käytetty esimerkkinä tiiviin integraation yhteiskunnasta, jossa perheet ovat elävät kolmen sukupolven kotitalouksissa. Aktiivisen sosiaalisuuden oletetaan olevan yhteydessä japanilaisten pitkään elinajanodotteeseen sekä vakavan masennuksen alhaiseen esiintyvyyteen. (Grundy ym. 1996, 136.)

Ikääntyvän masennus voi ilmetä myös yhteydessä fyysisiin sairauksiin. Fyysiset vaivat ja oireet lisääntyvät yleensä iän myötä ja voivat yhdessä mielialaoireiden kanssa muodostaa vaikeasti eroteltavissa olevan kokonaisuuden. Psykiatriset oireet voivat liittyä koettuihin fyysisiin oireisiin, mutta myös elimellisiin sairauksiin (esimerkiksi aivohalvaus, sydäninfarkti, kilpirauhasen vajaatoiminta), minkä vuoksi on erityisen tärkeää kiinnittää huomiota sekä ikääntyvän fyysisen sairauteen että mielialaan. (Koponen ja Leinonen 1999, 528-534.) Addington ja Fry (1986) ovat tarkastelleet fyysisen sairauden ja depression välisiä yhteyksiä ikääntyvillä neljästä näkökulmasta. Ensinnäkin masennustilaa voidaan pitää vasteena fyysiselle sairaudelle, esimerkiksi aistien heikkenemiselle. Toiseksi, henkilölle voi olla helpompi ilmaista masennustaan fyysisiä oireita potemalla, joilloin masennus on naamioitunut fyysisten oireiden alle. Kolmanneksi, ikääntymiseen liittyy joskus sairauksia (esim. Parkinson), jotka puolestaan voivat aiheuttaa masennusoireita. Neljänneksi, useiden lääkeiden sivuvaikutuksena voi esiintyä masennusoireita. (Addington ja Fry 1986, 102-104.)

2.4 Masennuksen tunnistamisen ongelma

Masennus on useiden tutkimusten mukaan alitunnistettu sairaus terveydenhuollossa. Arvioiden mukaan Euroopassa on noin 8 miljoonaa masentunutta 65 vuotta täyttäneitä, joiden masennus olisi hoidettavissa. Monet käyttävät terveydenhuollon palveluita, mutta syystä tai toisesta masennus jää huomioimatta. (Beekman ja Copeland 1999, 304-305.) Joidenkin tutkimusten mukaan jopa 50-70 % ikääntyvien masennuksesta jää tunnistamatta perusterveydenhuollossa (Hoyl ym. 1999, 873). Helsingissä tehdyn tutkimuksen mukaan depressio on yksi tavallisimpia 75-, 80- ja 85-vuotiailla tunnistamatta jääviä sairauksia (Tilvis ja Valvanne 1993, 395). Masennuksen tunnistamisen vaikeuteen vaikuttavat lukuisat tekijät: alakuloisuus voi peittyä muun oireilun alle, ikääntyvä ei itse ota masennusta puheeksi ja huonon voinnin syitä saatetaan selvittää pitkään ottamatta huomioon masennuksen mahdollisuutta. Vanhuksen eristyneisyys, luulosairaus, unihäiriöt ja kipuilu voivat monien muiden mahdollisuuksien lisäksi viestiä myös masennuksesta. Joillakin muistihäiriöt liittyvät depressioniin ja häviävät masennuksen hoidon tuloksena. (Lönqvist 1999a, 25-26.)

Hyvän hoidon esteitä löytyy sekä terveydenhuollosta sekä potilaista itsestään: tehokkaan ja laadukkaan hoidon toteuttaminen ei aina onnistu nykyisillä resursseilla, henkilökunta ei useinkaan tunnista apua tarvitsevaa tai potilas itse saattaa olla tunnistamisen esteenä välttelevällä käytöksellään. (Lönqvist 1999a, 27.) Ikäihmisten depression puutteellisen tunnistamisen syitä on selitetty muun muassa mielenterveyshäiriöihin liittyvillä ennakkoluuloilla ja peloilla. Kielteiset asenteet vähentävät ikääntyvien halukkuutta ottaa mielenterveysoireita puheeksi vastaanotolla, joten aloitteen pitäisikin tulla terveydenhuollon työntekijöiden puolelta, esimerkiksi vuosittaisten terveystarkastusten yhteydessä. (Arthur ym. 1999, 431.) Tunnistaminen on kuitenkin ensisijaisen tärkeää, asianmukaisen hoidon aloittamiseksi. Masentuneen ikääntyvän hoito on ensisijaisen tärkeää tautiluokituksen mukaisesti masentuneiksi diagnosoitujen osalta. Asianmukaisessa hoidossa ennuste yleensä yhtä hyvä kuin nuoremmillakin aikuisilla (Koponen ja Leinonen 1999, 528) ja hoidolla voidaan ainakin tehokkaasti lievittää oireita (Hervonen ja Pohjolainen 1991, 248).

2.5 Ikääntyvän masennus ja toimintakyky

Aikaisempien tutkimustulosten perusteella depressiivisyydellä ja ahdistuneisuudella on yhteys toimintakyvyn vajaukseen ja muutaman pitkittäistutkimuksenkin tulokset osoittavat, että psyykkisen hyvinvoinnin kohennuttua myös toimintakyky on parantunut. On mahdollista, että tämä yhteys liittyy psyykkisesti sairaiden lisääntyneeseen alttiuteen sairastua myös fyysisesti, mutta yhteys vaikuttaa säilyvän, kun fyysisen sairauden vakavuus ja useus vakioitiin (Ornel ym. 1994). Mielenterveyshäiriöt ovat yleisiä perusterveydenhuollon piirissä kaikissa valtakulttuureissa ympäri maailmaa ja ne ovat yhteydessä toimintakyvyn vajaukseen. Erot eri häiriöiden välillä ovat pienet, mutta vahvin yhteys toimintakyvyn vajaukseen on vakavalla masennuksella, paniikkioireyhtymällä, yleisellä ahdistuneisuudella sekä neurastenialla. Osa yhteyksistä liittyi psykiatriseen monioireiluun; fyysiset sairaudet eivät selittäneet yhteyttä vaan niillä oli itsenäinen vaikutus, vaikkakin helkompi kuin mielenterveyshäiriöillä. Tulokset olivat yhtenevät eri toimintakyvyn mittareilla. (Ornel ym. 1994, 1741-1747.)

Masentuneisuus heikentää kykyä selviytyä kotona, joten masennus voi olla syynä ikääntyvän laitokseen siirtymiselle. Helsingissä 1997 tehdyn tutkimuksen mukaan vanhainkotiin hakeutumisen taustalta löytyy pääsyyksi 55 % tapauksista psyykkiset häiriöt. Usein kysymyksessä on dementian alentama toimintakyky. (Valvanne ja Noro 1999, 1596-1597.) Masentuneen toimintakyky on alentunut myös sosiaalisen vuorovaikutuksen osalta. Heikentynyt kyvykkyys ylläpitää mielekkäitä sosiaalisia suhteita voi johtaa sosiaalisen tukiverkoston heikkenemisen noidankehään, joka entisestään pahentaa masentuneen tilannetta. (Isometsä 1999, 125.)

Masennuksen ja toimintakykyisyyden välisten yhteyksien syy ja seuraamus – suhteita on vaikea täsmällisesti osoittaa. Penninx ym. (1998) selvittivät prospektiivisellä tutkimusasetelmalla masennusoireiden vakavuuden osuutta toimintakyvyn rajoitusten ilmaantumiseen. Tulokset osoittivat, että tutkimuksen alkutilanteessa masentuneisuus ennusti merkittävästi toimintakyvyn alenemista seuraavan neljän vuoden aikana. Masennuksen ennustusvoima oli merkittävin vakavammin masentuneiden joukossa, mutta säilyi merkittävänä aina kahteen vähemmän masentuneiden ryhmään, kun otos oli jaettu viiteen ryhmään masennusoireiden lukuisuuden perusteella. Analyysi tehtiin myös sellaisten masentuneiden ryhmälle, jolla ei ollut toimintakyvyn rajoituksia lähtötilanteessa, ja tulokset heidänkin osalta osoittivat saman masennuksen vaikutuksen

toimintakyvyn rajoitusten ilmaantumiseen. (Penninx ym. 1998.) Tulokset vahvistavat käsityksiä masennuksen ja toimintakykyisyyden välisien yhteyksien olemassa olosta ja samalla osoittavat yhteyksien vastavuoroisuuden. Seuraavassa esittelen kuinka ikääntyvien masennusilmiötä on pyritty mallintamaan ja oleellisena elementtinä malliajattelussa toistuu yllä kuvattu toimintakyvyn heikkenemisen vaikutus mielialaan.

2.6 Masennuksen ja toimintakykyisyyden vuorovaikutuksen mekanismit

Masennuksen ja toimintakyvyn yhteyksien toteamisen jälkeen on kiinnostavaa siirtyä miettimään, minkälaisen mekanismin välityksellä masennus on yhteydessä toimintakyvyttömyyteen (Berkman ym. 1986 and Beekman ym. 1995b; Callahan ym. 1998, 751). Bruce (2001) jäsentää masennuksen ja toimintakyvyn välisen yhteyden spiraalinomaisen vuorovaikutussuhteen avulla (kts. myös Penninx ym. 1998). Vastavuoroisuus, eli kumpikin vaikuttaa toiseen, on Brucen mallin oleellinen ominaisuus. Hän kuvaa esimerkkinä ikääntyvän, joka lonkkamurtuman vuoksi joutuu sairaalaan ja joutuu väliaikaisesti luopumaan aktiivisesta elämäntavastaan. Sairaalajakso johtaa masennukseen, joka puolestaan hidastaa kuntoutumista. Kennedy (2001) kommentoi Brucen artikkelia ja kuvaa tämän näkökulmaa "käsitteelliseksi loikaksi" ("conceptual leap") syy-seuraus -suhteiden etsimisestä dynaamisen vuorovaikutussuhteen tarkasteluun.

Vahvistuksen edelliselle Brucen (2001) esittämälle dynaamiselle vuorovaikutukselle tarjoaa Lieberman ym. (1999) artikkeli, jossa seurattiin masennusmittarilla (GDS) mitattua masennuksen vakavuutta sekä toimintakyvyn kehitystä lonkkamurtuman jälkeisen kuntoutuksen yhteydessä. Vaikka masennuspisteet eivät olleet merkittävässä yhteydessä toimintakyvyn kuntouksen alussa, toimintakyvyn kohentuminen ja masennuksen lieveneminen korreloivat keskenään merkittävästi ($R=-0,15$, $p=0,03$) ja kehitys ilmentää vastavuoroisuutta, jossa toisen kohentuminen edistää toista (Lieberman ym. 1999). Myös Beekman ym. (1997b) korostavat sitä, että olennaista on pyrkiä keskeyttämään masentuneisuuden ja toimintakyvyn alenemisen yhtäaikaisen ilmenemisen aiheuttama yksilön hyvinvointia uhkaava kehitys.

Toimintakyvyn arviot perustuvat useimmiten tutkittujen omiin raportteihin, jolloin masentunut mieliala voi osaltaan vaikuttaa tutkitun käsitykseen omasta toimintakyvystä. Casten ym. (2000) tulokset valottavat masennuksen ja toimintakyvyn omaa arviointia. Kun tutkimuksessa vertailtiin masentuneiden

tutkittujen omia arvioita toimintakyvystään heidän läheistensä arvioihin, arviot korreloivat selvästi vahvemmin masennuksen hoidon jälkeen. Tämä antaa viitteitä siitä, että masentuneen itsearviot voivat perustua subjektiiviseen kokemukseen omasta toimintakyvystä, joka on myös mielialan ja motivaation värittämää riippumatta varsinaisista fyysisistä terveysongelmista. Itsearvioita ei suinkaan ole aihetta tämän perusteella väheksyä, vaan tulosten voi katsoa tukevan myös sitä käsitystä, että masennus todella vaikuttaa kykyyn selviytyä, mutta omakin käsitys kohentuu masennuksen lievenemisen myötä. Tulokset korostavat myös rohkaisevan tuen merkitystä masentuneen ikääntyvän hoidossa. (Casten ym. 2000.) Myös Penninx ym:n (1998) tulokset valottavat masentuneisuuden moninaisista yhteyksistä itseraportoituun toimintakykyyn ja fyysisten terveysongelmien olemassa oloon.

Itseraportointiin liittyviä muita kiinnostavia tutkimuskysymyksiä ovat masennusoireiden ja koetun terveyden välisten yhteyksien mahdolliset kausaalisuussuhteet sekä masennusoireiden rooli suhteessa fyysisiin sairauksiin ja koettuun terveyteen. (Mulsant ym. 1997, 957.) Ormel'n ym:n (1998) mukaan masennusoireiden ja fyysisen sairastavuuden välistä yhteyttä voisi kuvata molemminpuolisen vahvistamisen kautta; noidankehä, jonka alkua tai loppua on vaikea tavoittaa. Masennusoireiden tutkimus on hankalaa oireiden määrittelyn sopimuksenvaraisuuden vuoksi. Oireille ei ole mitään spesifejä biologisia tunnistimia, joiden avulla niiden olemassa olo voitaisiin yksiselitteisesti todeta. Tulokset korostavat masennuksen varhaisen tunnistamisen, huolellisen diagnosoinnin ja asianmukaisen hoidon tärkeyttä ikääntyvillä ja tukevat käsityksiä masennusoireiden merkittävydestä toimintakyvyn, koetun terveyden ja hyvinvoinnin kannalta. Depressiivisesti oireilevilla tutkituilla oli muita useammin heikompi sekä fyysinen että sosiaalinen toimintakyky. (Ormel ym. 1998, 45-47.)

Masennuksen ja toimintakyvyn välisen vastavuoroisuuden mallin soveltaminen varsinaisiin tutkimustuloksiin on haasteellista monestakin syystä. Yleistettävyyks hankaloituu esimerkiksi aineiston valikoituneisuuden (selection bias) vuoksi; avun tarve sekä masennuksen ja toimintakyvyn väliset yhteydet muotoutuvat useimmiten eri tavoin riippuen lukuisista asuinympäristön ominaisuuksista (laitos vs. koti), kunkin yksilöllisestä elämäntilanteesta ja ympäröivästä kulttuurista. Kolmannen tekijän, esimerkiksi kognitiivisen suorituskyvyn heikkenemisen tai jokin sairauden vaikutus voi sekoittaa kahden muuttujan välistä yhteyttä. Mahdollisesti sekoittavien tekijöiden vaikutukseen voi vaikuttaa vakioimalla, mutta kun kysymyksessä on monien tekijöiden vuorovaikutuksen verkko (kuten masennuksen kohdalla usein on), vakioiminen voi osaltaan muuttaa todellisia yhteyksiä.

Mittausvirhe masennuksen kohdalla voi liittyä ainakin kolmeen seuraavaan seikkaan: fyysisten oireiden vaikutuksen virhearvioimiseen, toimintakyvyn rajoitusten virhearviointiin tai sosiaalisen vuorovaikutussuhteiden ongelmien vaikeaselkoisuuteen. Kaikkien näiden tekijöiden kohdalla pitää arvioida ovatko ne osallisena aiheuttamassa masennusta, vai onko masennuksella keskeinen rooli ongelmien syntymisessä. Lisäksi fyysiset oireet, toimintakyky ja sosiaalisen vuorovaikutuksen menestyksellisyys voivat kaikki olla tekemisissä toistensa kanssa. (Bruce 2001.)

2.7 Masennus jatkumona

Kuten aikaisemmin on jo tullut ilmi, masennuksen riskitekijöitä löytyy sekä yksilötasolta että ympäristöstä. Masennuksen täsmällisestä etiologiasta ei edelleenkään ole varmuutta, joten sen syiden etsintä keskittyy näiden kahden laajan kehyksen tarkasteluun erilaisten mallien avulla. Useimmiten määrällisessä masennuksen esiintymisen ja riskitekijöihin keskittyvässä tutkimuksessa masennusta päädytään käsittelemään kaksiluokkaisena ilmiönä. Tutkimuksessa sovitaan käytetyistä kriteereistä ja sen mukaan osa tutkituista on masentuneita osa ei, ja näitä ryhmiä vertaillaan keskenään. Hybels ym. (2001, 357-365) toteavat tutkimuksensa tuloksista, ettei masennus rajaudu aikaisemmin sovitun CES-D – pistekynnyksen (16) mukaisesti, vaan osalla kynnyksen alapuolelle jäävistäkin esiintyy oireita ja terveysongelmia samaan tapaan kuin masentuneilla. Tutkijat ehdottavatkin, että masennuksen voisi ajatella jatkumona aina lievästä ("subthreshold") vakavaan.

Hybels'n ym. (2001) keskustelunavaus masennuksen jatkumoluonteesta on hyödyllinen, mutta "sairaus jatkumona" -jäsenys jää hieman puolitiehen. Todellinen jatkumo-hypoteesi edellyttäisi, että masennusta esiintyisi vähenevässä määrin aina "terveiden" joukkoon saakka eikä vain masentuneiksi luokiteltujen joukossa lievästä vakavaan. Rose (1992) tukee tätä näkökulmaa. Erityisesti ennaltaehkäisyyn näkökulmasta diagnoosinteen edellyttämä kaksijakoisuus voi olla hyvin hedelmätön lähestymistapa. Jos tavoitteena on masennuksen aiheuttamien lukuisten vaivojen ehkäiseminen muidenkin kuin lääketieteellistä hoitoa tarvitsevien osalta, ehkäisytoimia ei olisi syytä rajoittaa vain masennuksen kriteerit täyttäviin henkilöihin. (Rose 1992, 10.) "Keinotekoisesti" määriteltyjen kynnyksarvojen tuottaman kaksijakoisuuden sijaan masennus ilmiönä esiintyy kuitenkin jatkumona koko väestössä, ja siihen liittyviä tekijöitä esiintyy myös kynnyksarvojen alapuolellaki. (Rose 1992, 25-26; Mulsant ym 1997) Penninx ym.'n (1998) tulokset

vahvistavat lievän masennuksen merkityksenä toimintakyvyn alenemista ennustavan tekijänä. Masentuneisuus ja toimintakyvyn rajoitukset vaikuttavat esiintyvän yhteisellä jatkumolla.

3 Masennuksen mittaaminen

3.1 Masennuksen seulonta

Tässä kappaleessa tarkastelen pääasiallisesti masennuksen mittaamista ikääntyvien masennusmittarilla (Geriatric Depression Scale, GDS), mutta aluksi esittelen lyhyesti seulonnan yleisiä kriteerejä ikääntyvien kohdalla. Masennusmittareiden käyttö on eräänlaista seulontaa, vaikka esimerkiksi Grayn (1985, Taulukko 5) seulonnalle asettamien kriteerien tarkastelun myötä käy selväksi, etteivät masennusmittarit täytä kaikkia seulonnalle asetettuja kriteerejä. Masennus on merkittävä terveysongelma, mutta se ei ole yksiselitteisesti määriteltävissä ja kuten aikaisemmin on kirjallisuuteen pohjautuen tullut ilmi, ei ole aivan selvää, missä menee toimenpiteitä edellyttävän masennuksen raja. Varsinkaan latenttia tunnistettavissa olevaa vaihetta ei masennuksen kohdalla ole määritelty. Masennusseulat ovat yleisesti hyväksyttävissä, mutta niiden järjestelmällinen käyttö riippuu palveluysikkökohtaisista käytännöistä.

Taulukko 5 Ikääntyvien sairauksien seulontakriteerit (Gray 1985 ref. Tilvis ja Valvanne 1993, 395.)

Kyseessä on tärkeä terveysongelma.
Löydetyille "tapauksille" on olemassa hyväksyttävä hoitokeino.
Diagnoosi ja hoitokeino ovat olemassa.
Sairauden kulkuun kuuluu tunnistettavissa oleva latentti tai oireeton vaihe.
Käytettävät testit ovat sensitiivisiä ja spesifejä.
Testit ovat yleisesti hyväksyttävissä.
Tilan luonnollisesta kehityskulusta on olemassa tietoa.
On sovittu siitä, keitä kohdellaan potilaina.
Kustannukset ovat järkevässä suhteessa kokonaisuuteen.
Seulonta on jatkuvaa, eikä kertatapahtuma.

3.2 Ikääntyvien seulonnat

Terveysongelmien varhaista tunnistamista ja tehokkaampaa hoitoa on esitetty yhdeksi ratkaisuksi ikääntyvien laitoshoidon vähentämiseksi. Niiden toimivuutta ei kuitenkaan ole tähän mennessä onnistuttu pätevästi perustelemaan. Seulontojen ja arviointien tarvetta on pohdittu jo 1960-luvulta saakka, jolloin osoitettiin, että ikääntyvillä oli lääketieteellisiä ja fyysisiä vaivoja, joista heidän lääkäriensä eivät olleet lainkaan tietoisia. Näiden huomioiden myötä on kehitetty muun muassa CGA (Comprehensive Geriatric Assessment) –mittari, jota on käytetty seulonnan ja paremman oireiden tunnistamiseksi. Parempi tunnistaminen on tarpeen depressionkin kohdalla, sillä se liittyy selvästi lisääntyneeseen tuen ja avun tarpeeseen. Tehokkaiden ja kohtuuhintaisten välineiden avulla on mahdollista pyrkiä palvelujen tarkoituksenmukaisempaan suunnitteluun ja kohdistamiseen sosiaali- ja terveydenhuollon alalla. (Carpenter 1996, 136-143.)

Ennaltaehkäisevän lääketieteen tavoite ikääntyvien hoidossa ei ole vain sairastavuuden ja kuolleisuuden vähentäminen vaan myös toimintakyvyn ja elämänlaadun ylläpito. Iän myötä primaari- ja sekundaariprevention keskeisyys vähenevät ja tertiaariprevention merkitys korostuu. Yli 85-vuotiaiden osalta on jopa suositeltu perinteisten seulontojen lopettamista. Hoidolle ei ole järkevää asettaa ikärajoja, vaan hoidon tarkoituksenmukaisuus määräytyy aina yksilöllisen arvioinnin perusteella. (Goldberg ja Chavin 1997, 344-354.)

Ikäihmisten säännöllisistä terveystarkastuksista on jo kokemuksia esimerkiksi Iso-Britanniasta. Siellä aloitettiin vuonna 1990 yli 75-vuotiaiden vuosittaiset terveystarkastukset. Näiden yhteyteen on mietitty myös depression seulontaa. Seulonnan toteutus yleislääkärin toimesta (opportunistic screening) on perusteltua kolmestakin syystä: yleistarkastuksen yhteydessä ei ole pelkoa leimautumisesta psykiatrisen vaivan vuoksi, mahdollisuus seuloa kotikäyntien yhteydessä ja kotona tapahtuvan kokonaisvaltaisen fyysisen ja sosiaalisen arvioinnin yhteydessä myös mielenterveyden arviointi sujuu luontevasti. (Arthur ym. 1999, 432.) Rollmanin ja Reynoldsin (1999) arvion mukaan lievempien mielialahäiriöiden yleisyys on 8-27 % ja häiriöiden tunnistamiseksi olisi heidän mukaansa tarpeen saada käyttöön sopiva seula jo senkin vuoksi, että noin neljännes lievemmistä tiloista kehittyy vakaviksi masennuksiksi kahden vuoden aikana. (Rollman ja Reynolds 1999, 757-758.)

3.3 Masennusmittari - GDS

Arviointiasteikko tai –mittari (rating scale) tarkoittaa luokiteltua asteikkoa, jonka avulla arvioidaan haastateltavan terveydentilaa. Asteikot on todettu luotettavimmiksi kuin pelkkä masennuksen olemassa oloa tiedusteleva kysymys. Asteikot ovat myös nopeampia toteuttaa kuin strukturoidut psykiatriset haastattelumenetelmät. (Joukamaa ja Heikkinen 1999, 546-558.) Tutkimuksissa yleisimmin käytettyjä masennusmittareita ovat muun muassa CES-D (Center for Epidemiological Studies Scale –Depression, Radloff 1977), ZSDS (Zung Self-Rating Depression Scale, Zung 1965) ja HRS-D (Hamilton Rating Scale – Depression, Hamilton 1960) jotka korreloivat keskenään vahvasti, mutta eroavat toisistaan jossain määrin. Esimerkiksi SDS mittaa eri oireiden yleisyyttä kun taas HRS-D mittaa oireiden intensiteettiä. Mittareissa mainitut oireet myös eroavat toisistaan jonkun verran. (Pulska ym. 2000.) Kliinisissä tutkimuksissa käytetään usein myös DSM (viimeisimmät versiot III ja IV) ja ICD (viimeisimmät versiot 9 ja 10) - tautiluokituksia joiden masennusta koskevat kriteerit eroavat sekä toisistaan että ainoastaan masennusmittarilla saaduilla tuloksista. Lisäksi tutkimuskäytössä on DIS (Diagnostic Interview Schedule) jossa yhdistyvät itsearviointi sekä koulutetun haastattelijan arvio tiukasti strukturoidun haastattelun perusteella. DIS perustuu DSM-III -luokitukseen ja siinä arvioidaan oireiden esiintymistä, kestoa ja vakavuutta koko elämän aikana. (Kaplan ym. 1994, 194-196, van Exel ym. 2000, 491.)

GDS (Geriatric Depression Scale) on yksi masennuksen seulontaan käytetyistä mittareista (tai asteikoista) ja GDS on nimenomaan kehitetty ikääntyvien seulontaa varten. Seuraavassa kuvailen mittarin kehitysvaiheet ja sillä saatuja tutkimustuloksia.

GDS kehiteltiin 1980-luvun alussa täydentämään muita masennuseuloja kiinnittäen huomiota ikääntyvien masennuksen erityispiirteisiin jo suunnitteluvaiheessa. Validointia varten ja tuloksien luotettavuuden arvioimiseksi tuloksia verrattiin Hamilton Rating Scale'n (HRS-D) ja Zung Self-Rating Depression Scale'n (SDS) ja kaikkilla näillä saatuja tuloksia verrattiin Research Diagnostic Criteria'n (RDC) luokituksiin. Mittarin kehittäminen aloitettiin 100 kysymyksen sarjalla, ja sillä saaduista tuloksista luotiin lyhyempi 30 kysymyksen mittari parhaiten kokonaistuloksen kanssa korreloivista kysymyksistä. Lyhyempi mittari testattiin vielä uusilla tutkituilla. Eri mittareilla saadut tulokset korreloivat keskenään sekä RDC:n kanssa. Tulosten

perusteella GDS osoittautui luotettavaksi ja validiksi ikääntyvien depression mittariksi. (Yesavage ym. 1982/83, 37.)

Mittarin kehittämisessä on huomioitu muun muassa se, että fyysiset oireet ovat ikäihmisillä usein yleisempiä ilman masennustakin. Fyysisiä oireita koskevien kysymysten pois jättämistä tukivat myös tutkimuksessa saadut tulokset, sillä 100 kysymyksen joukossa olleet fyysisiä vaivoja koskeneet 12 kysymystä eivät kuuluneet niiden 30 joukkoon, jotka vahvimmin korreloivat kokonaistuloksen kanssa. Koska muisti- ja kognitiiviset kyvyt voivat ikääntyvällä olla heikentyneet, kaavakkeen muotoilussa kiinnitettiin erityistä huomiota selkeyteen ja tämän vuoksi päädyttiin myös yksinkertaiseen kyllä/ei -vastausmalliin moniportaisen sijaan. Erityisongelmat eivät ole ratkaistavissa pelkän kaavakkeen avulla, vaan lisäksi haastattelijalta vaaditaan kokemusta ja herkkyyttä luottamuksellisen haastatteluilmapiirin luomiseksi. Tulosten perusteella GDS on osoittautunut herkäksi mittariksi depression tunnistamiseksi, vaikka sen perusteella ei voi tehdä lopullista diagnoosia. (Yesavage ym. 1982/83, 38-47; Lyness ym. 1997,453.)

3.4 Lyhyempien GDS:n kehittäminen

Lyhyemmän mittarin kehittelyn taustalla on muun muassa ikääntyvillä tutkittavilla usein ilmenevä väsyminen ja keskittymiskyvyn puute haastattelun aikana. Aivan ensimmäiseksi kehiteltiin 15 kysymyksen mittari. 15 kysymyksen mittari kysymykset valittiin niin, että 10 kysymykseen kyllä-vastaus ja 5 kysymykseen ei-vastaus tuottaa masennuspisteen. Näin haluttiin maksimoida mittarin herkkyyttä. Lyhyen ja pitkän mittarin vertailussa niiden välinen korrelaatio oli 0,84 ($p < 0,001$), joten tulokset viittaavat siihen, että lyhyttäkin mittaria voidaan menestyksellisesti käyttää depression seulontaan. Mittarin täyttöön menee keskimäärin 5-7 minuuttia. Vaikka mittari vaikuttaa luotettavalta masennuksen seulontaan, sen käyttökelpoisuudesta masennuksen hoidon seurantaan ja tilan vakavuuden arviointiin ei ole selvyttä. (Sheikh ja Yesavage 1986, 169-171.)

Vieläkin lyhyempien, GDS10 ja GDS4, mittareiden kehittämisestä löytyy tutkimustuloksia vuosilta 1994 (D'Ath ym.) ja 1995 (van Marwijk ym.). Kummassakin tutkimuksessa tutkitut asioivat yleislääkärin vastaanotolla ja heitä pyydettiin osallistumaan kyseiseen tutkimukseen. Kaiken kaikkiaan mittari oli suurimman osan mielestä hyväksyttävä, eikä sen täytössä ilmaantunut ongelmia. Tutkimukseen ei tosin pyydetty hankalimpia kognitiivisten kykyjen heikkenemistä potevia potilaita. Kummassakin tutkimuksessa sekä neljän, että kymmenen kysymyksen mittarit

osoittautuivat GDS15:n veroisiksi masennusmittareiksi. Yhdellä kysymyksellä tunnistettiin D'Athin ym:n (1994) tutkimuksessa noin 60% masentuneista kun Mahoney ym:n (1994) tutkimuksessa yhden kysymyksen sensitiivisyys oli noin 85%. Van Marwijk ym. (1995) toteavat puolestaan yhden kysymyksen ennustuskyvyn vastaavan sattumaa (noin 50%). Pidemmistä mittareista tehdyt yhteenvedot osoittivat, että kysymykset 'Oletko pohjimmiltasi tyytyväinen elämääsi?' ja 'Oletko luopunut monista harrastuksistasi?' tekivät voimakkaimmin eroa masentuneiden ja ei-masentuneiden välillä (van Marwijk ym. 1995, 197). Molempien tutkimusten perusteella tutkijat suosittelivat lyhyempien mittareiden käyttöä vastaanottotilanteissa, jolloin ei useinkaan ole paljon aikaa käytettävissä. Yhtenä vaihtoehtona varmemmalle tulokselle esitetään neljän kysymyksen käyttöä ensiseulana, jonka jälkeen positiivisen tuloksen saaneet seulottaisiin vielä pidemmällä (D'Ath 1994 ym., 265).

Almeida ja Almeida (1999, 858-865) vertasivat tutkimuksessaan yhteensä kolmea lyhyempää GDS-mittaria (15, 10 ja 4 kysymystä) sekä yhtä kysymystä ("Are you basically satisfied with your life?", "Oletko pohjimmiltaan tyytyväinen elämääsi?") ja vertasivat tuloksia ICD-10 ja DSM-IV -luokituksiin (Taulukko 6.). 15 ja 10 kysymyksen GDS:t vaikuttivat tulosten mukaan melko luotettavilta työkaluilta yli 60-vuotiaiden masennuksen seulontaan, mutta 4 kysymyksen mittarin ja yhden kysymyksen luotattavuus ei heidän tutkimuksensa mukaan vaikuttanut lupaavalta. Kaikkien kolmen mittarin tulokset kuitenkin korreloivat voimakkaasti keskenään ($>0,90$), vaikka erityisesti lyhyimmän mittarin alfakerroin osoittautui kovin alhaiseksi (GDS15: $\alpha=0,81$; GDS10: $\alpha=0,75$; GDS4: $\alpha=0,41$). Tutkimus toteutettiin Sao Paulossa, Brasiliassa, ja hyvien tulosten perusteella tutkijat toteavat, että GDS vaikuttaisi olevat käyttökelpoinen eri kulttuureissa kuten aikaisemmatkin tutkimukset osoittaneet. Brasiliassa tehdyn tutkimuksen suorasukainen vertailu Suomessa tehtyyn tutkimukseen ei ehkä kuitenkaan ole mahdollista hyvinkin merkittävien kulttuurierojen vuoksi, mutta tulokset antavat kuitenkin viitteitä lyhyiden GDS versioiden käyttökokemuksista yleisellä tasolla.

Taulukko 6 GDS kysymysten tulosten yhtenevyys ICD-10 ja DSM-IV luokitusten mukaisen diagnoosin kanssa. Diagnostiset kriteerit täyttävien potilaiden osuus pisteen kustakin kysymyksestä saaneiden joukosta. (Almeida ja Almeida 1999, 861, mukaeltu.)

GDS:n kysymys	GDS:n tulosten yhtenevyys tautiluokitusten tuloksiin verrattuna (%).	
	ICD-10	DSM-IV
GDS4		
*1.Oletko elämäsi pohjimmiltaan tyytyväinen?	61,0	63,6
2.Oletko luopunut monista harrastuksista tai kiinnostuksen kohteista	82,9	84,8
3.Oletko suurimman osan ajasta onnellinen?	68,3	72,7
*4.Jäätkö mieluummin kotiin kuin lähdet ulos uusia asioita tekemään?	70,7	72,7
* =kysymys kuuluu myös GDS5:een		
Muut GDS5 :n kysymykset		
Oletko usein pitkästynyt?	75,6	75,8
Tunnetko usein itsesi avuttomaksi?	65,8	72,7
Tunnetko itsesi arvottomaksi	48,8	54,5

GDS:n sensitiivisyys ja spesifisyys vaihtelevat eri tutkimuksissa tutkimusasetelmien erilaisuuden vuoksi. Kriittistä huolimatta GDS on kaiken kaikkiaan osoittautunut melko luotettavaksi ja validiksi ikääntyvien masennuksen mittariksi. (Gottfries ym. 1997, 1030.) Arthur ym. (1999, 437) saamat tulokset osoittavat, että GDS15 on käyttökelpoinen suuntaa-antava seula. Pelkkä selonta ei kuitenkaan takaa hoitokäytäntöjen kohentumista vaan sen ohella tarvitaan jatkuvaa arviointia ja seurantaa. Lyhyt mittari on helppokäyttöinen, eikä lisää merkittävästi yleislääkärin työmäärää. Depressioseulan sisällyttäminen vuosittaisiin terveystarkastuksiin on tarpeen jo senkin vuoksi, että tarkastukset palvelisivat tarkoitustaan eli edistäisivät tunnistamatta jääneen hoidon tarpeen huomioiduksi tuloa. (Arthur ym. 1999, 437.)

3.5 Viiden kysymyksen GDS

Uusin muunnos on Hoyl ym.'n (1999) kehittämä ja testaama 5 kysymyksen GDS. Tavoitteena oli kehitellä tarkka ja helppokäyttöinen masennuseula, jolle selvästikin olisi tarvetta terveydenhuollossa, sillä jopa GDS15 on osoittautunut liian pitkäksi kiireisen perusterveydenhuollon käyttöön. Tulokset olivat lupaavia. Seula osoittautui käytännölliseksi, aikaa meni noin kolmannes GDS15:sta (0,9 min), eikä seula lyhennyksen myötä menettänyt validiteettiaan tai reliabiliteettiaan. Leikkauspistemääränä käytettiin GDS5:lle kahta pistettä ja GDS15:n leikkauspisteenä oli 5. Verrattuna kliiniseen arvioon mittarin sensitiivisyydeksi

saatiin 0,97 ja spesifisyydeksi 0,85. "Kappa agreement" pidemmän ja lyhyemmän välillä oli 0.81. Tutkimuksen merkittävin rajoitus oli kohdeväestön valikoituneisuus; sillä tutkittavat olivat veteraaneja ja heistä 98.6% miehiä. Tutkijat kuitenkin toivovat, että jatkotutkimuksia tullaan tekemään erilaisille kohdeväestöille. (Hoyl ym. 1999, 873-878.)

Taulukko 7 GDS5:ssä käytetyt kysymykset (kynnyspistemäärä 2 pistettä, isolla kirjaimella merkitystä vastauksesta piste).

1 Oletko elämäsi pohjimmiltaan tyytyväinen?	k/E
2 Oletko usein pitkästynyt?	K/e
3 Tunnetko usein itsesi avuttomaksi?	K/e
4 Jäätkö yleensä mieluummin kotiin sen sijaan, että lähtisit ulos uusia asioita tekemään?	K/e
5 Tunnetko itsesi arvottomaksi?	K/e

3.6 GDS:n luotettavuus eri kulttuureissa

Psykiatriset diagnoosit ovat aina sopimuksenvaraisia ja mielenhäiriöiden tulkinnat vaihtelevat usein eri kulttuureissa. GDS:a on kokeiltu jo eri maissa ja kulttuureissa ja tulokset luotettavuudesta vaihtelevat melkoisesti. Gottfries ym. (1997) käyttivät tutkimuksessaan 20 kysymyksen GDS:a, jossa oli yhdistetty GDS15 viiteen ruotsalaisten itse laatimaan kysymykseen. Lisäkysymysten tarkoituksena oli ottaa paremmin huomioon ikäihmisillä yleiset fyysiset oireet masennuksen yhteydessä. Tulokset vahvistavat sitä käsitystä, että ikääntyvien masennus on alidiagnosoitu tila, minkä vuoksi GDS20 tapaisille mittareille löytyisi perusterveydenhuollossa käyttöä. (Gottfries ym. 1997, 1029-1030.)

Abas'n ym:n (1998) tutkimuksessa yhtenä tavoitteena oli nimenomaan arvioida eri mittareiden kulttuuriherkkyyttä masennuksen tunnistamisen kannalta. GDS:a verrattiin tässä karibialaiseen kulttuurisidonnaiseen mittariin (Caribbean Culture-Specific Screen for emotional distress – CCSS). Vaikka tuloksissa oli joitakin eroja, kaiken kaikkiaan masennus ilmiönä vaikuttaa tutkijoiden mielestä universaalilta ilmiöltä, jonka perimmäiset ominaisuudet ovat samankaltaiset eri kulttuureissa. (Abas ym. 1998.) GDS:a on validoitu myös Kreikassa ja sielläkin tulosten perusteella GDS vaikuttaisi luotettavalta kreikkalaisten ikäihmisten masennuksen seulontaan. Luotettavuuden saavuttamiseksi tutkijat suosittelivat erityisesti sopivan leikkauspisteen määrittelyä kulttuurispesifisti. Lisäksi heidän mukaansa olisi tarpeen arvioida vielä huolellisemmin kognitiivisten häiriöiden vaikutusta mittarin luotettavuuteen. (Fountoulakis 1999, 367-370.) Yhteenvetona yllä mainituista tutkimuksista voi todeta, että GDS-mittari on todettu luotettavaksi ainakin

Yhdysvalloissa, Iso-Britanniassa, Hollannissa, Brasiliassa, Kreikassa ja Ruotsissa. Edellä mainitut maat edustavat hyvin erilaisia kulttuureja, joten on turvallista olettaa, että mittari on kohtuullisen tarkka myös suomalaisen ikääntyvän väestön masennuksen arviointiin väheksymättä suomalaisen kulttuuriympäristön ainutlaatuisuutta.

4 Lyhyt masennusmittari TamELSA-tutkimuksessa

4.1 Masentuneisuuden tutkiminen TamELSA-aineistolla

Tämän tutkimuksen tehtävänä on selvittää lyhyen masennusmittarin (GDS5) tuloksia TamELSA-99 aineistossa. Tuloksissa raportoin masennuksen yleisyyden tamperelaisilla 70 vuotta täyttäneillä aikaisemmin hyväksytyksi todetun leikkauspisteen mukaan (2 pistettä tai enemmän) sekä masentuneisuuden yhteyksiä sosiodemografisiin taustatekijöihin. Lisäksi tarkastelen masentuneisuuteen liittyviä muita tekijöitä kuten toimintakyvyn rajoituksia ja koettujen oireiden ilmaantumista sekä muutamia elämäntapamuuttujia. Mittarilla saatujen masentuneisuuteen liittyvien tekijöiden tutkimisen lisäksi esitän mittarin luotettavuutta kuvaavia tuloksia sekä raportoin mittarin osiokohtaiset tulokset, jotka peilaavat eri niiden roolia masentuneisuuden ilmenemisen määrittelijöinä ikääntyvillä henkilöillä.

4.2 TamELSA –99 aineisto

Tutkimuksessa käytetty aineisto on vuonna 1999 kerätystä tamperelaisten eläkeikäisten terveyttä ja elämäntapoja tutkivasta TamELSA (Tampere Longitudinal Study on Aging) aineistosta. Vuoden 1999 haastattelu on toinen seuranta vuonna 1979 aloitetusta ikääntymisen pitkittäistutkimuksesta. Ensimmäinen seuranta kerättiin vuonna 1989. Aineisto on Tilastokeskuksen haastattelijoiden keräämä (Tampereen yliopiston terveystieteen laitoksen toimeksiannosta) ja tutkimukseen kutsuttiin kaikki TamELSAan aikaisemmin osallistuneet. Otoksen valinta perustuu vuosien 1979 ja 1989 otoksiin ja niiden tarkemmat kuvaukset löytyvät aikaisemmista julkaisuista (Heikkinen ym. 1981; Jylhä 1985; Jylhä ym. 1992). Vuoden 1999 otantaan ei kutsuttu uusia haastateltavia, joten haastatellut olivat kaikki 70 vuotta täyttäneitä tai vanhempia.

Koko otos oli 398, joka edusti noin 93%:a tutkimukseen kutsutuista. Tämän tutkimuksen aineistona ovat ne haastatellut (N=352), jotka vastasivat tutkimuksen kohteena olleeseen masennusmittariin (GDS5). Analyysissa käytetystä aineistosta ovat valikoituneet pois ne, joiden osalta kysymyksiin vastasivat sijaishaastatellut tai jotka asuivat pysyvästi laitoksessa (N=45). Yksi kotona asuvista haastatelluista kieltäytyi vastaamasta, joten yhteensä puuttuvia vastauksia on 46. Vastanneiden keski-ikä oli 76,6 vuotta (vaihteluväli 70-98, SD 5,1), miehiä oli 161 ja naisia 191 (Taulukko 12.). Vastanneista asui palveluasunnoissa kahdeksan ja sairaalassa lyhytaikaisesti viisi. Analyysista poisjääneet (N=46) olivat siis aivan sairaimmat tutkimukseen osallistuneet, joten heidän poissulkunsa vuoksi tulokset eivät ole yleistettävissä tamperelaiseen eläkeläisväestöön yleensä, mutta kotona tai palveluasunnosissa asuviin, kohtalaisen hyväkuntoisiin eläkeläisiin tulokset ovat yleistettävissä.

TamELSA-tutkimuksen haastattelun kysymykset on pääpiirteissään säilytetty samoina seurannasta toiseen, mutta vuoden 1999 lomakkeeseen päätettiin lisätä viiden kysymyksen masennusmittari. Lyhyen masennusmittarin lisäämiseen päädyttiin sen vuoksi, että lisääntynyt kiinnostus masennuksen roolista vanhenevan hyvinvoinnin tekijänä oli nostanut asian merkityksellisyyden myös vanhustutkimuksen piiriin. Haastattelun kysymyksiin lisättiin viiden kysymyksen GDS, jonka kysymykset on alkuperäisestä GDS30:stä (Yesavage ym. 1982/83) suomentaneet Matti Mäkelä ja Leena Niinistö vuonna 1997.

4.3 Tutkimuskysymykset

Tässä tutkimuksessa esisijaisena tutkimustehtävänä on tarkastella lyhyen masennusmittarin (GDS5) tuloksia tamperelaisilla eläkeikäisillä vuonna 1999. Mittarin luotettavuutta arvioidaan Cronbachin alfa-kertoimen avulla sekä nyt saatujen tulosten vastaavuudella aikaisempiin tuloksiin. Masennusmittarilla arvioitujen masentuneiden ja ei-masentuneiden ryhmien erojen arvioimiseksi tuloksissa esitetään erilaisten elämäntapa- sekä terveyteen liittyvien tekijöiden yleisyyttä koko otoksessa, masentuneissa ja ei-masentuneissa. Lisäksi tutkitaan masennuksen yleisyyttä tässä aineistossa sekä esiintyvyyden eroja sosiodemografisten taustamuuttujien eri luokissa. Lopuksi tutkitaan iän selitysvoimaa masentuneisuudelle, kun taustamuuttajat ja toimintakyky on vakioitu.

4.4 Menetelmät

4.4.1 GDS5-mittari

GDS5 on viidestä kysymyksestä koostuva masennusmittari, joka on lyhennetty versio erityisesti ikääntyvien masennuksen seulontaan kehitetystä alunperin 30 kysymyksen geriatriasta masennusmittarista (Geriatric Depression Scale) (Hoyl ym. 1999). Mittarin kehittämisessä kiinnitettiin erityisesti huomiota vastaamisen vaivattomuuteen, joten vastauksen ovat kyllä tai ei –vastauksia. Lyhennetyn mittarin kehittelyn taustalta löytyy tarve nopeaan arviointivälineeseen, joka helpottaisi esimerkiksi perusterveydenhuollossa asioivien ikäihmisten masentuneisuuden seulontaa. Valitut viisi kysymystä edustavat niitä osioita, jotka aikaisemmissa tutkimuksissa voimakkaimmin korreloivat pidemmän ja tarkaksi todetun mittarin tulosten kanssa.

Taulukko 8 GDS5:n kysymykset. Isolla kirjaimella merkitystä vastauksesta annetaan vastaajalle piste.

1 Oletko elämäsi pohjimmiltaan tyytyväinen?	kyllä/EI
2 Oletko usein pitkästynyt?	KYLLÄ/ei
3 Tunnetko usein itsesi avuttomaksi?	KYLLÄ/ei
4 Jäätkö yleensä mieluummin kotiin sen sijaan, että lähtisit ulos uusia asioita tekemään?	KYLLÄ/ei
5 Tunnetko itsesi arvottomaksi?	KYLLÄ/ei

4.4.2 Muut muuttujat

Kaikki analyysissä käytetyt muuttujat on luetteloitu liitteessä 1. GDS5:n ohella tuloksissa esiintyviä muuttujia ovat sosiodemografiset taustamuuttujat (sukupuoli, ikä, siviilisääty, koulutustaso ja ammattitausta), toimintakyvyn rajoituksia, koettuja oireita ja elämäntapaa kuvaavat muuttujat. Toimintakykyisyyttä kysyttiin luettelolla (yhteensä 14) päivittäisiä toimintoja kuvaavia toimintoja: liikkuminen ulkona, huoneiden välillä käveleminen, portaissa kulkeminen, 400 m:n käveleminen, painavien tavaroiden (esimerkiksi 5 kg:n kauppakass) kantaminen, WC:n käyttäminen, peseytyminen ja kylpeminen, pukeutuminen ja riisuutuminen, vuoteeseen ja vuoteesta pääseminen, oman ruoan laittaminen, syöminen, varpaankynsien leikkaaminen, kevyiden kotitöiden (esimerkiksi astioiden peseminen, lattioiden lakaiseminen) tekeminen sekä raskaiden kotitöiden (esimerkiksi ikkunoiden ja lattioiden peseminen, yleinen kodin siivoaminen) tekeminen. Haastatelluilta kysyttiin ”Kykenettekö tekemään seuraavia toimintoja: ”vaikeuksitta”, ”vaikeuksin,

mutta ilman apua”, ”jos joku auttaa” vai ”ette ollenkaan”? Nämä neliluokkaiset muuttajat luokiteltiin uudelleen kaksiluokkaisiksi niin, että ”vaikeuksitta” toiminnoista suoriutuminen oli toinen luokka ja muut kolme vaihtoehtoa muodostivat toisen luokan. Lisäksi analyysissä on käytetty hierarkkista (tai porrastettu) toimintakykyä kuvaavaa kolmiluokkaista muuttujaa (Jylhä ym. 1992, 21), jossa ensimmäisen luokan muodostavat ne, joilla ei ole mitään toimintakyvyn rajoituksia, toisen ne, joilla on jokin IADL:n rajoitus, mutta ei rajoituksia ADL:ssa ja kolmannen ne, joilla on ainakin yksi ADL-rajoitus. Porrastettua muuttujaa on käytetty sen vuoksi, että tämän tyyppinen luokittelu peilaa tehokkaammin arkipäiväistä toimintakykyiden tasoa kuin toimintakykyisyyden eri osioiden yksiselitteiset summat.

Masennuksen kokemukseen kuuluu usein myös lukuisia muita oireita alakuloisuuden lisäksi ja tässä on hyvin erilaisten oireiden esiintyvyyden raportoinnin kautta pyritty tuomaan esille masentuneilla yleisempien oireiden kirjoa. Blazer (1982, 19-28) luokittelee masennuksen tuntomerkit tunne-elämän oireisiin (esimerkiksi huoli, yksinäisyys), kognitiivisiin ja motivaation häiriöihin (esimerkiksi tarpeettomuuden tunteet) ja fyysisiin ja vegetatiivisiin (esimerkiksi ruokahalun puute, unihäiriöt).oireisiin. Lisäksi yksi tärkeimpiä tuntomerkkejä on häiriöt vuorovaikutuksessa muihin ihmisiin. Mukana raportissa on elementtejä kaikista näistä.

Koetuista oireista kysyttiin luettelolla (yhteensä 24 oireetta) erilaisia oireita: päänsärky, muistin heikkeneminen, ruokahalun puute, sydänvaivat, närästys, mahakivut, ripuli, painajaiset, nukahtamisvaikeudet, huimauksen tunne, sydämentykytys, käsien vapina, runsas hikoilu ilman ruumiillista rasitusta, hengitysvaikeudet tai hengenahdistus ilman ruumiillista rasitusta, haluttomuus ja voimattomuus, väsymys ja heikkouden tunne, jännittäminen ja hermostuneisuus, ärtyisyys tai vihanpuuskat, alakuloisuus tai masennus, ummetus, särky tai kipu nivelissä tai selkävaivat, merkittävät muutokset painossa, jano tai runsaat virtsamäärät, ajoittainen tuntoaistin, liikuntakyvyn tai puhekyvyn katoaminen. Oireiden kokemista kysyttiin kysymyksellä ”Onko Teillä viimeisen kahden viikon aikana ollut päänsärkyä jne.?”. Vastausvaihtoehdot olivat ”ei”, ”satunnaisesti”, ”usein” ja ”lähes jatkuvasti”. Analyysia varten oiremuuttajat luokiteltiin uudelleen kahteen luokkaan, jotka ovat ”ei oireita kahden viime viikon aikana” ja ”oireita ollut satunnaisesti, usein tai lähes jatkuvasti”. Oireiden osalta uudelleenluokittelussa päädyttiin näinkin jyrkkään jakoon, koska erot masentuneiden ja ei-masentuneiden välillä olivat selkeät, vaikka satunnainenkin oireiden esiintyvyys luokiteltiin oireilevien joukkoon.

Muita analyysissa käytettyjä muuttujia olivat elämäntapoja, koettua terveydentilaa ja yleistä tyytyväisyyttä kuvaavat muuttujat (Liite 1.). Elämäntapaa koskevat muuttujat olivat säännöllinen tupakointi, hyvien ystävien olemassaolo, lasten asumisetäisyys, yksin oleminen, liikunnan harrastaminen sekä oluen, viinin tai väkevien alkoholijuomien käyttö. Yleisiä terveydentilaa koskevat muuttujat olivat pitkäaikaisen sairauden sairastaminen, päivittäisissä toiminnoissa koettujen vaikeuksien määrä, jalkaongelmat, vaikeudet ehtiä WC:hen ja lääkkeen käyttö nukahtamisen helpottamiseksi. Yleistä tyytyväisyyden tunnetta peilaavat muuttujat olivat tyytyväisyys elämään, tyytyväisyys ihmissuhteisiin, taloudellinen tilanne, tarpeettomuuden tunteen kokeminen sekä yksinäisyyden yksinäisyyden tunteen kokeminen.

4.4.3 Tilastolliset menetelmät

Tutkimuksessa käytetyt tilastolliset menetelmät ovat pääasiassa luokkamuuttujien käsittelyssä käytettäviä menetelmiä. Masentuneiden ja ei-masentuneiden ryhmien välisten erojen vertailussa olen käyttänyt \pm -testiä tulosten tilastollisen merkityksen toteamiseksi. Toimintakyvyn (IADL) rajoitusten summan keskiarvojen eroa miesten ja naisten välillä on testattu Mann-Whitney $-$ testillä. Iän merkitystä masennusta selittävänä muuttujana on tarkasteltu logistisen regression avulla. GDS5-mittarin sisäistä luotettavuutta olen arvioinut Cronbachin alfa-kertoimen avulla sekä peilaamalla tuloksia aikaisemmin tehtyihin tutkimuksiin masennuksesta vanhenevan väestön joukossa. Vaikka kyseisen mittarin sopivuutta ei ole aikaisemmin raportoitu suomalaisten ikäihmisten kohdalla, mittari on kuitenkin todettu luotettaviksi lukuisissa Euroopan maissa (esimerkiksi Iso-Britanniassa, Hollannissa ja Ruotsissa).

Mittarin luotettavuuden (validity) tarkasteluun sisältyy kaksi keskeistä lähtökohtaa, sisällöllinen luotettavuus ja rakenneluotettavuus ja näiden puute johtaa systemaattiseen virheeseen, jonka korjaaminen aineiston keräämisen jälkeen ei enää ole mahdollista. Sisällöllinen luotettavuus merkitsee sitä, että mittarin voidaan perustellusti sanoa mittaavan aiottua asiaa. GDS5:n osalta voi sanoa, että sen sisältämät osiot perustuvat nykyiseen käsitykseen siitä, mitä masennukseen liittyy ja mitkä ovat sen oleelliset ilmentymät ikääntyvillä. GDS:n sisällön luotettavuutta on tarkasteltu suhteessa masennuksesta olemassa olevaan lääketieteelliseen ja psykologiseen ymmärrykseen. Rakenneluotettavuuden osalta kysymys on mittarilla saatujen tulosten osuvuuden aikaisempiin tuloksiin. GDS5:n tulokset on aikaisemmissa tutkimuksissa todettu mielekkäiksi ja osuviksi vertaillen muihin

luotettaviksi aiemmin todettuihin mittareihin sekä kliiniseen arviointiin. (Alkula 1994, 92.)

Mittarin luotettavuuden (reliability) tarkasteluun kuuluu sen toistettavuuden arvioiminen. Satunnaisvirheitä voivat aiheuttaa esimerkiksi haastattelijan tekemät merkintävirheet, luokitteluvirheet tietoa tallennettaessa tai jopa mielialojen vaihtelu hetkestä toiseen. Satunnaisvirheitä pyritään välttämään aineiston mahdollisimman huolellisella käsittelyllä ja haastattelijoiden koulutuksella. Satunnaisvirheiden voi olettaa myös vähenevän "vastaikkaisvirheiden" tuloksena. (Alkula ym. 1994, ss. 94-95) Tässä tutkimuksessa ei tehty toistomittauksia tai mukana ei ollut toista masennusmittaria, jolloin kahden mittarin tuloksia olisi voinut verrata keskenään, mutta yhtenä keinona luotettavuuden tarkastelussa on Cronbachin alfa-kertoimen tarkastelu, joka tässä tutkimuksessa on raportoitu. Alfa-kertoimen suuruuteen vaikuttavat osioiden (kysymysten) lukumäärä ja niiden väliset korrelaatiot. (Alkula ym. 1994, 99-100.)

Iän merkitystä masennuksen selittäjänä on tutkittu logistisen regression avulla, joka sopii kaksiluokkaisen tulosmuuttujan selittäjien analysointiin (Uhari ja Nieminen 2001). Tässä sovitetussa malleissa kaikki sosiodemografiset taustamuuttujat ovat vakioituneet ja tarkastellaan iän selitysvoimaa masentuneisuuden esiintymiselle. Toisessa mallissa selittävien muuttujien joukkoon on lisätty porrastettu toimintakyvyn muuttuja.

4.5 Tulokset

4.5.1 GDS-mittarin tulokset

Aloitin tulosten esittämisen GDS5:n kunkin viiden kysymyksen vastausjakaumilla. Seuraavaksi esitän GDS5:n summan suoran jakauman. Taulukossa 9. on kukin GDS5:n kysymys esitetty erillisenä taulukkona, joka sisältää vastausten jakaumat sukupuolen ja kaksiluokkaisen ikäluokkamuuttujan mukaan eriteltynä.

Taulukko 9 GDS5:n kysymysten (1-5) jakaumat sukupuolen ja ikäryhmän (2) mukaan sekä kaikkien vastanneiden osalta. Kysymys 1. tuottaa pisteen "ei"-vastauksesta, muut kysymykset "kyllä"-vastauksesta.

1 Oletko elämäsi pohjimmiltaan tyytyväinen?

		Miehet		Naiset		Kaikki
		70-79	80+	70-79	80+	
Kyllä	N	123	35	135	52	345
	%	98	97	99	96	98
Ei	N	2	1	2	2	7
	%	2	3	1	4	2

2 Oletko usein pitkästynyt?

		Miehet		Naiset		Kaikki
		70-79	80+	70-79	80+	
Kyllä	N	14	8	16	5	43
	%	11	22	12	9	12
Ei	N	111	28	121	49	309
	%	89	78	88	91	88

3 Tunnetko usein itsesi avuttomaksi?

		Miehet		Naiset		Kaikki
		70-79	80+	70-79	80+	
Kyllä	N	17	5	19	10	51
	%	14	14	14	19	14
Ei	N	108	31	118	44	301
	%	86	86	86	81	86

4 Jäätkö yleensä mieluummin kotiin sen sijaan, että lähtisit ulos uusia asioita tekemään?

		Miehet		Naiset		Kaikki
		70-79	80+	70-79	80+	
Kyllä	N	73	25	71	45	214
	%	58	69	52	83	61
Ei	N	52	11	66	9	138
	%	42	31	48	17	39

5 Tunnetko itsesi arvottomaksi?

		Miehet		Naiset		Kaikki
		70-79	80+	70-79	80+	
Kyllä	N	12	5	15	10	42
	%	10	14	11	19	12
Ei	N	113	31	122	44	310
	%	90	86	89	81	88

Eri kysymyksistä pisteen saaneissa on muutamia huomionarvoisia eroja. Kysymykseen 1. on kaiken kaikkiaan vain vähän pisteen saaneita vastauksia, eikä ikäryhmien tai sukupuolen mukaan ole merkittäviä eroja. Kysymyksen "Oletko elämäsi pohjimmiltaan tyytyväinen?" voikin tulkita viittaavan elettyyn elämään yleensä, eikä liittyvän juuri sen hetkiseen mielialaan. Toisaalta tähän kysymykseen "ei"-vastaus voi viestiä pettymyksen ja katumuksen tunteista suhteessa menneeseen ja sen myötä liittyä ikääntyvän masennuksen mahdollisiin laukaiseviin tekijöihin.

Kysymyksestä 2. "Oletko usein pitkästynyt?" suurin pisteitä saaneiden osuus on vanhempien miesten joukossa. Sen sijaan kysymyksistä 3. ja 5., jotka liittyvät koettuihin avuttomuuden ja arvottomuuden tunteisiin, suurimmat pisteitä saaneiden osuudet ovat vanhempien naisten joukossa. Kysymyksestä 4 "Jäätkö yleensä mieluummin kotiin...?" yhteensä 61 % kaikista vastanneista sai pisteen. Suurimmat osuudet ovat vanhemmissa ikäryhmissä ja kaikkein suurin vanhempien naisten joukossa, josta 83 % vastasi tähän kysymykseen "kyllä". Tämän kysymyksen kuuluminen masennusseulaan herättääkin ehkä eniten kysymyksiä. Kysymyksen sävy ei ehkä sovi suomalaiseen kulttuuriin parhaalla mahdollisella sävyllä ja vastaus on hyvin sidoksissa vastaajan toimintakykyyn ja lukuisiin ulkoisiin tekijöihin, joilla ei ole paljonkaan tekemistä vastaajan mielialan kanssa. Mittarin tulosta on kuitenkin joka tapauksessa tarpeen peilata vastaajan elämäntilanteeseen ja asumisjärjestelyihin ja arvioida ulkoisten tekijöiden merkitystä vastauksiin.

Taulukossa 10. on esitetty GDS5:n pistesumman jakauma. Kaksi tai enemmän pisteitä saaneet (N=78, 22%) luokitellaan tässä masentuneiksi. Noin kolmasosa vastanneista ei saanut yhtään pistettä koko masennusmittarista. Yhden pisteen saaneiden osuus onkin sitten lähes puolet vastanneista. Pisteiden kertyminen eri kysymyksistä on tarkemmin esitettynä taulukossa 11.

Taulukko 10 GDS5:n jakauma. Kaksi tai enemmän pisteitä luokitellaan tässä masentuneiksi.

Pistesumma	GDS5	
	n	%
0	111	32
1	163	46
2	51	14
3	17	5
4	9	3
5	1	<1
Yhteensä	352	

Taulukossa 11 on esitetty masennusmittarin pistesumma sen mukaan kuinka vastaajat ovat saaneet pisteitä kustakin kysymyksestä. Ensimmäisen pisteen tuottamista kysymyksistä yleisin on kysymys 4, "Jäätkö mieluummin kotiin kuin lähdet ulos uusia asioita tekemään?". Kysymys 1, "Oletko pohjimmiltaan tyytyväinen elämääsi?" on harvinaisin. Muut kolme kysymystä tuottavat pisteitä yhtäläisellä yleisyydellä. Pistesumman 3-5 saaneiden joukossa ei enää ole selvää eroa, mikä kysymys yleisimmin tuotti pisteen. 5 pistettä sai vain yksi vastanneista.

Taulukko 11 Vastausten järjestys (GDS5) yleisyyden mukaan eri pistesumman saaneiden vastanneiden ryhmissä.

Pistesumma GDS5	0	1	2	3	4	5	Kaikki
Kysymyksen numero							
1		1	1	1	3	1	
2		10	16	10	6	1	
3		4	22	15	9	1	
4		145	45	14	9	1	
5		3	18	11	9	1	
Yhteensä	111	163	51	17	9	1	352

4.5.2 GDS5:n mittaustarkkuuden tarkastelu

Joissakin yhteyksissä on ehdotettu, että yksikin kysymys ("Oletko masentunut?") riittäisi kohtuullisen tarkaksi masentuneisuuden seulaksi (D'Athin ym. 1994; Mahoney ym. 1994). Taulukossa 12. on tarkasteltu GDS5-luokittelun ja oirelistassa kysytyn kysymyksen "Onko Teillä viimeisen kahden viikon aikana ollut alakuloisuutta tai masennusta?" välistä yhteyttä ristiintaulukoinnin avulla. 77 % masennusmittarilla ei-masentuneiksi luokitelluista vastasi "ei" masennusta tai alakuloisuutta koskevaan kysymykseen ja vastaavasti 64% masennusmittarilla masentuneiksi luokitelluista vastasi "kyllä". "Onko Teillä ollut ... alakuloisuutta tai masennusta?" -kysymykseen "ei"-vastanneista 88 % sai myös masennusmittarista alle 2 pistettä ja "kyllä"-vastanneista 44 % sai kaksi tai enemmän eli masentuneiksi luokitellun pistemäärän. Tulosten yhtenevyys on näiden kahden muuttujan kohdalla suurempi ei-masentuneiden ryhmässä kuin masentuneiden. Masentuneiden luokan osuvuus verrattuna "kyllä" vastanneisiin on korkeampi kuin van Marwijk'n ym.'n (1995) noin 50 % , vastaa D'Athin ym.'n (1994) tulosta (64 %), mutta on selvästi alhaisempi kuin Mahoney'n ym.'n (1994) saama tulos (85 %).

Taulukko 12 GDS5:n perusteella havaittu masennuksen yhteys kahden viime viikon aikana koettuun alakuloisuuteen tai masentuneisuuteen (%)

GDS5		Alakuloisuutta tai masennusta		Yhteensä
		Ei (N=239)	Kyllä (N=113)	
<2	N=274	77	23	100
		88	56	
2	N=78	36	63	100
		12	44	
Yhteensä		100	100	

Mittarin psykometristen ominaisuuksien tarkastelemiseksi tein luotettavuusanalyysin (Reliabilities, Cronbach's Alpha) ja GDS5:lle tulos oli kaikille vastanneille $\alpha=0,45$. Alle 0,5:n alfakerrointa pidetään yleisesti riittämättömänä ja 0,5 – 0,6 on heikko, joten tämän perusteella mittarin sisäiseen luotettavuuteen pitää suhtautua varauksella. (vert. Almeida ja Almeida 1999: GDS4, $\alpha=0,41$) Mittarin lyhyys (5 osiota) vaikuttaa kertoimen suuruuteen, koska lyhyille mittareille matalat arvot ovat yleisiä. Alfa-kerroimet erosivat vain vähän erikseen eri ryhmille laskettuna. Miehille alfa oli 0,49 ja naisille 0,43. Nuoremmille (70-79 vuotta) alfa oli 0,49 ja vanhemmille (yli 79-vuotiaille) selvästi alhaisempi eli 0,25. GDS5:n matalien alfakerroimien voi olettaa liittyvän sekä kysymysten vähyyteen että mitatun ilmiön laaja-alaisuuteen, jolloin kysymykset eivät pyrikään ilmentämään yhdenmukaisesti määriteltävää ilmiötä (vert. Aalto ym. 2001).

4.5.3 GDS:n tulokset taustamuuttujien mukaan

Taulukossa 13 on taustamuuttujien suorat jakaumat tässä aineistossa, sekä masennuksen yleisyys kussakin luokassa. Muuttujien luokkien välisiä eroja on testattu χ^2 -testillä. Erot ovat taustamuuttujista tilastollisesti merkitseviä vain ikäryhmien välillä. Iän ja masentuneisuuden välistä yhteyttä on tarkasteltu lisää luvussa 4.4.7. Sukupuolien välinen ero masennuksen esiintyvyydessä ei ole tilastollisesti merkittävä, mutta vastaa aikaisempia käsityksiä. Masennuksen korkeampi esiintyvyys naisten joukossa liittyy osaksi naisten hieman korkeampaan ikään (miesten keski-ikä 76 ja naisten 77 vuotta, SD kummallakin ryhmällä 5). Huonompi koettu terveys tai toimintakyky ovat tilastollisesti merkitsevästi yhteydessä masentuneituneiden osuuteen.

Taulukko 13 Otoksen kuvailu. Sosiodemografisten taustamuuttujien jakaumat, sekä masentuneiden osuus kussakin ryhmässä. Ryhmien välisten

erojen merkitsevyys masentuneisuuden esiintyvyydessä on testattu χ^2 -testillä.

	N=352	%	GDS5 2 N=78	p-arvot
Sukupuoli				0,344
Mies	161	46	20	
Nainen	191	54	24	
Yhteensä	352	100		
Ikäryhmät				0,013
70-74	140	40	15	
75-79	122	35	23	
80-84	65	18	29	
85	25	7	40	
Yhteensä	352	100		
Siviilisääty				0,191
Naimaton	26	7	19	
Naimisissa	170	48	18	
Leski	118	34	29	
Eronnut	33	10	21	
Avoliitossa	5	1	40	
Yhteensä	352	100		
Koulutustaso				0,776
Alle kansakoulu	15	4	20	
Kansa/keskikoulu	258	75	24	
Lukio/opistotaso	44	13	18	
Yliopisto tai vastaava	27	8	19	
Yhteensä	344	100		
Puuttuu	8			
Yhteensä	352			
Ammattitausta				0,845
Toimihenkilöt	153	44	23	
Ammattitaitoiset	110	32	21	
Ammattitaidottomat ja muut	82	24	24	
Yhteensä	345	100		
Puuttuu	7			
Yhteensä	352			
Koettu terveydentila				<0,000*
Erittäin hyvä	25	7	4	
Melko hyvä	116	33	12	
Keskiverto	146	41	22	
Melko huono	41	12	44	
Huono	20	6	60	
Ei osaa sanoa	4	1	25	
Yhteensä	352	100		
ADL porrastettu				<0,000
Hyvä	104	30	6	
Kohtalainen	178	51	20	
Heikko	64	19	55	
Yhteensä	346	100		
Puuttuvat	6			
Yhteensä	352			

* = χ^2 -testi tehty ilman luokkaa "ei osaa sanoa".

4.5.4 GDS5:n tulokset ja yleinen hyvinvointi

Masennus ja masentuneisuus ovat voimakkaasti yhteydessä yksilön yleiseen hyvinvointiin. Seuraavassa esittelen erilaisten hyvinvointia kuvaavien asioiden yleisyyttä koko otoksessa, masentuneilla ja ei-masentuneilla erikseen. Masentuneiden ja ei-masentuneiden välisten ryhmien erojen tilastollista merkitsevyyttä on testattu χ^2 -testillä.

Taulukossa 14 on kuvailtu neljän terveydentilaa kuvaavan muuttujan yhteyttä masennukseen. Kaikkien näiden kohdalla masentuneiden ryhmässä terveysongelmat ja niiden aiheuttamat arkiset hankaluudet ovat yleisempiä, kuin koko otoksessa ja varsinkin ei-masentuneiden ryhmässä.

Taulukko 14 Yleisiä terveydentilaa kuvaavien vaivojen yleisyys kaikilla, masentuneilla ja ei-masentuneilla GDS5:n luokituksen mukaan (%).

Muuttuja	Kaikki n=352	GDS5 2 pistettä n=78	GDS<2 pistettä n=274	p-arvo
Pitkäaikainen sairaus	72	90	66	<0,000
Jalkaongelmia	14	33	8	<0,000
Nukahtamislääkkeiden käyttö	35	51	30	0,001
WC:hen ehtimisen vaikeus	28	43	25	0,002

Tupakointi, alkoholin käyttö ja liikunnan harrastaminen ovat terveyden ylläpidon ja edistämisen kannalta keskeisiä elämäntapatekijöitä (Taulukko 15.). Erityisesti liikunnan harrastaminen on mielenterveyden kannalta edullista. Masentuneiden ja ei-masentuneiden ryhmien väliset erot ovat tilastollisesti merkitseviä kaikkien muiden osalta paitsi elinaikaisen tupakoinnin kohdalla. Masennuksen yhteys toimintakyvyn rajoituksiin ja terveysongelmiin on luultavammin yhteydessä myös masentuneiden liikunnan harrastamisen harvinaisuuteen sekä alkoholin käytön vähäisyyteen verrattuna ei-masentuneisiin.

Taulukko 15 Tupakoinnin (elinaikainen), alkoholin käytön ja liikunnan harrastamisen yleisyys kaikilla, masentuneilla ja ei-masentuneilla GDS5:n luokituksen mukaan (%).

Muuttuja	Kaikki	GDS5 2	GDS<2	p-arvo
	n=352	pistettä n=78	pistettä n=274	
Elinaikainen tupakointi	47	53	45	0,254
Väkevien alkoholijuomien käyttö	64	51	67	0,010
Viinin käyttö	55	37	58	<0,000
Oluen käyttö	38	26	42	0,010
Liikunnan harrastaminen	62	33	70	<0,000

Sosiaaliset verkostot ja myönteiset ihmissuhteet on monissa yhteyksissä liitetty mielenterveyden ylläpitoon. Taulukossa 16 on esitetty vastanneiden omia kokemuksia ihmissuhteiden riittävydestä ja myönteisyydestä. Lasten lähellä asumisessa tai tyytyväisyydessä ihmissuhteisiin ei tässä ollut eroa masentuneiden ja ei-masentuneiden välillä. Masentuneilla yksinäisyys ja sen kokemus on kuitenkin yleisempää ja hyviä ystäviä on vähemmän.

Taulukko 16 Sosiaalisia verkostoja kuvaavien vastausten tuloksia kaikilla, masentuneilla ja ei-masentuneilla GDS5:n luokituksen mukaan (%).

Muuttuja	Kaikki	GDS5 2	GDS<2	p-arvo
	n=352	pistettä n=78	pistettä n=274	
Usein yksin	48	60	45	0,014
Koetun yksinäisyyden tunne	34	58	27	<0,000
Ainakin yksi lapsista asuu lähellä	84	85	84	0,835
Hyviä ystäviä	85	67	90	<0,000
Tyytyväisyys ihmissuhteisiin	94	91	95	0,155

Yleinen tyytyväisyys ja masennus ovat usein yhteydessä toisiinsa. Taulukossa 17 kaikkien eri tavoin yleiseen tyytyväisyyteen liittyvien tekijöiden yleisyys on tilastollisesti merkitsevästi erilainen masentuneiden ja ei-masentuneilla. Tarpeettomuuden tunteen kysymys on liitetty tähän peilamaan vastaajan kokemusta koetusta elämän mielekkyydestä. On ehkä yllättävää, että myös hyväksi koettu taloudellinen tilanne on merkitävästi yleisempää ei-masentuneiden ryhmässä, vaikka Suomessa on pyritty turvaamaan eläkeläisten taloudellinen hyvinvointi. Vanhemmissa ikäryhmissä on kuitenkin edelleen esimerkiksi naisia, joille ei ole kertynyt työeläkettä ja tämän vuoksi heidän tulonsa jäävät kovin pieniksi. Toisaalta on myös mahdollista, että masentuneen kokemus taloudellisesta tilanteesta ei ole sidoksissa todelliseen tilanteeseen vaan omaan kokemukseen sen

hyvyydestä.

Taulukko 17 Yleistä tyytyväisyyttä kuvaavien vastausten tuloksia kaikilla, masentuneilla ja ei-masentuneilla GDS5:n luokituksen mukaan (%).

	Kaikki	GDS5 2	GDS<2	p-arvo
	n=352	n=78	n=274	
Muuttuja				
Tarpeettomuuden tunteita	31	65	22	<0,000
Elämään tyytyväisyys	79	50	86	<0,000
Hyväksi koettu taloudellinen tilanne	44	27	48	0,001

4.5.5 Toimintakyvyn rajoitukset ja masentuneisuus

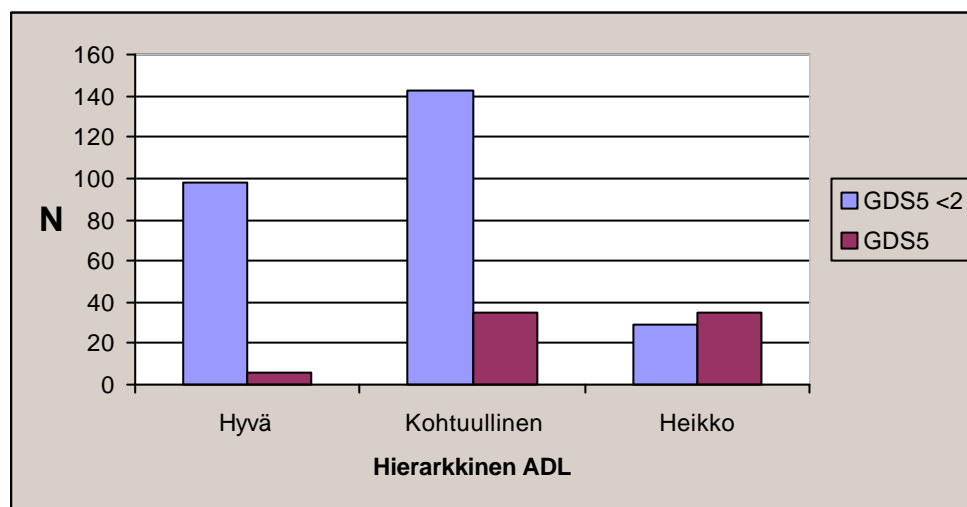
Toimintakykyisyyden yhteys ikääntyvien masennukseen on yksi ikäihmisten masennuksen tutkimuksen innoittajista. Taulukossa 18 on kaikki haastattelussa kysytyt 14 toimintakykyä kuvaavaa muuttujaa ja niissä vaikeuksista suoriutumisen yleisyys koko otoksessa, masentuneilla ja ei-masentuneilla. Kaikki toimintakyvyn rajoitukset ovat masentuneiden joukossa kauttaaltaan yleisempiä kuin koko otoksessa. Naisilla oli lukumääräisesti enemmän instrumentaalisia toimintakyvyn rajoituksia (IADL) kuin miehillä. Naisilla oli toimintakyvyn rajoitusten (IADL) lukumäärän keskiarvo oli 3 (SD 3) ja miehillä vastaavasti 4 (SD 3). Ero oli tilastollisesti merkitsevä (Mann-Whitney -testi, $p<0,000$).

Taulukko 18 Päivittäisen toimintakykyisyyden yleisyys koko otoksessa, masentuneilla ja ei-masentuneilla. Vaikeuksista suoriutuvien osuudet (%).

	Kaikki	GDS5 2	GDS<2	p-arvo
	n=352	n=78	n=274	
Muuttuja				
Kävely ulkona	62	33	70	<0,000
Kävely sisällä	87	65	93	<0,000
Portaiden nouseminen	55	24	64	<0,000
Kävely, 400 m	68	42	76	<0,000
5 kg:n kantaminen	48	28	54	<0,000
WC:ssä käyminen	95	86	98	<0,000
Peseytyminen	86	64	92	<0,000
Pukeutuminen	88	65	94	<0,000
Sänkyyn/sängystä siirtyminen	92	78	96	<0,000
Ruoan laitto	81	65	85	<0,000
Syöminen	98	94	99	0,005
Varpaankynsien leikkaaminen	53	32	60	<0,000
Kevyet kotityöt	77	52	84	<0,000
Raskaat kotityöt	36	16	42	<0,000

Porrastettu toimintakyvyn muuttuja kuvaa tiivistetysti päivittäistä toimintakykyä. Kuviossa 1 on esitetty GDS:n ja porrastetun toimintakyvyn muuttujan välinen yhteys. Kuviossa on prosenttiosuuksien sijaan raportoitu luokat havaintojen lukumäärän mukaan, jotta myös ryhmien kokoerot olisivat selkeästi esillä. Yhteys toimintakyvyn vajauksen ja masennuksen välillä on joka tapauksessa ilmiselvää ja tilastollisesti merkitsevää.

Kuvio 1 GDS5 ja porrastettu päivittäisen toimintakyvyn muuttuja. Masentuneiden ja ei-masentuneiden ryhmien välinen ero on testattu χ^2 -testillä ($p < 0,000$).



Toiminnallisten vaikeuksien yleisyys masentuneilla tulee esille myös päivittäisten vaikeuksien määrää kartoittavan kysymyksen vastauksista. Koko otoksesta paljon päivittäisiä vaikeuksia raportoi 18%, ei-masentuneista 12% ja masentuneista 39%. Masentuneiden ja ei-masentuneiden välinen ero oli tilastollisesti merkitsevää (χ^2 -testi, $p < 0,000$).

4.5.6 Oireiden esiintyvyys ja masentuneisuus

Masentuneilla on usein enemmän terveysongelmia ja he raportoivat erilaisia vaivoja ja oireita muita useammin. Taulukossa 19 on esitetty erilaisten oireiden yleisyys koko otoksessa, masentuneilla ja ei-masentuneilla. Kaikki oireet ovat yleisempiä masentuneiden ryhmässä ja muutamaa oiretta lukuun ottamatta erot ovat tilastollisesti merkitseviä. Korostetut oireet ovat masentuneisuuteen usein liittyviä oireita.

Taulukko 19 Oireiden esiintyvyys (satunnaisesti, usein tai lähes jatkuvasti) koko otoksessa sekä luokiteltuna masentuneisiin ja ei-masentuneisiin GDS5:n mukaan (%). Masentuneiden ja ei-masentuneiden ryhmien välinen ero oireiden esiintyvyydessä testattu χ^2 -testillä.

Oire	Kaikki	GDS5 2	GDS<2	p-arvo
	n=352	n=78	n=274	
1.Päänsärky	28	40	24	0,006
2.Muistin heikkeneminen	33	47	28	0,001
3.Ruokahalun puute	14	27	11	<0,000
4.Sydänvaivat	25	37	22	0,005
5.Närästys	22	27	21	0,282
6.Mahakipu	22	30	20	0,065
7.Ripuli	9	17	7	0,005
8.Painajaiset	19	27	16	0,036
9.Nukahtamisvaikeudet	51	68	48	0,001
10.Huimauksen tunne	40	60	34	<0,000
11.Sydämentykytys	23	39	19	<0,000
12.Käsien vapina	19	33	15	<0,000
13.Hikoilu ilman räsitusta	21	35	16	<0,000
14.Hengenahdistus	24	42	19	<0,000
15.Haluttomuus, voimattomuus	46	74	38	<0,000
16.Väsymys, heikotus	47	80	38	<0,000
17.Jännitys, hermostuneisuus	24	39	20	0,001
18.Ärtyisyys, vihanpuuskat	17	24	15	0,063
19.Alakuloisuus, masennus	32	64	23	<0,000
20.Ummetus	26	40	22	0,001
21.Särky, kipu, selkävaiva	63	78	58	0,001
22.Merkittävä muutos painossa	5	9	4	0,079
24.Jano, runsaat virtsamäärät	15	23	12	0,019
25.Tunnottomuutta, puhekyvytt.	9	21	6	<0,000

4.5.7 Masennus, ikä ja toimintakykyisyys

Kuten taulukossa 13 jo tuli ilmi masennus on yleisempää vanhemmissa ikäluokissa ja ikäryhmien väliset erot olivat tilastollisesti merkitseviä. Ikä ja toimintakyvyn rajoitukset ovat kuitenkin voimakkaasti yhteydessä toisiinsa, joten on kiinnostavaa tutkia onko iän yhteys masennukseen edelleen tilastollisesti merkitsevä kun muita tekijöitä on vakioitu. Taulukossa 20 on esitetty kahden regressiomallin tulokset. Mallissa I vakioituina ovat vain taustamuuttujat, joilloin iän ennustusvoima masennukseen on tilastollisesti merkitsevä. Mallissa II on mukana porrastettu toimintakyvyn muuttuja, jonka vakioimisen jälkeen ikä ei enää ole merkitsevä. Kaikkien muuttujien ollessa mukana mallissa porrastetun toimintakyvyn muuttuja on tilastollisesti merkitsevä masennuksen selittäjä.

Taulukko 20 Iän ennustusvoima (OR) masentuneisuudelle, kun sosiodemografiset taustamuuttujat ovat vakioituneet (Malli I) ja kun sekä sosiodemografiset taustamuuttujat että porrastettu toimintakyky ovat vakioituneet (Malli II).

Muuttuja	Malli I		Malli II	
	OR	Luottamusväli 95%	OR	Luottamusväli 95%
Ikä (vuosina)	1,09	1,03-1,14	1,03	0,97-1,10
Sukupuoli				
mies	1		1	
nainen	1,07	0,58-1,98	1,01	0,52-1,98
Siviilisääty				
naimaton	1		1	
naimisissa	1,06	0,33-3,36	1,04	0,31-3,50
leski	1,59	0,52-4,88	1,61	0,50-5,19
eronnut	1,37	0,35-5,27	1,58	0,37-6,73
avoliitossa	3,89	0,47-32,35	6,38	0,71-57,26
Koulutustaso				
alle kansakoulu	1		1	
kansa/keskikoulu	1,44	0,37-5,53	1,27	0,30-5,39
lukio/opistotaso	0,85	0,18-4,04	0,68	0,13-3,66
yliopisto tms.	1,00	0,18-5,54	1,07	0,17-6,72
Ammattitausta				
toimihenkilö	1		1	
ammattitaitoiset työntekijät	0,76	0,39-1,48	0,59	0,28-1,24
ammattitaidottomat työntekijät ja muut	0,82	0,39-1,71	0,62	0,28-1,37
Porrastettu toimintakyky				
hyvä			1	
kohtalainen			4,00	1,55-10,32
heikko			19,86	7,16-55,11

Kun samaa logistisen regressiomallia käytetään ikäryhmittäin (70-79 vuotta ja 80+ vuotta) iän merkitys menettää tilastollisen merkityksen myös silloin, kun porrastettu toimintakyky ei ole mukana mallissa. Riskikerroin (OR) oli 70-79-vuotiaille 1,07 (95%LV 0,94-1,20) ja 80 vuotta täyttäneille ja vanhemmille 1,09 (95%LV 0,96-1,25).

5 Pohdinta

GDS5:n tulosten perusteella masentuneisuuden yleisyys tässä aineistossa oli noin 20 %. Tulos vastaa Heikkisen ym:n (1990) aikaisempaa tulosta suomalaisten ikääntyvien masennuksesta ja kansainvälisiä tuloksia masennuksen yleisyydestä kun myös lievä masennus huomioidaan. Mittarin sisäistä luotettavuutta kuvaava alfakerroin oli matala, mutta toisaalta aikaisemmassa tutkimuksessa (Almeida ja Almeida 1999) matala alfakerroin lyhyellä GDS:lle ei samalla merkinnyt mittarin

heikkoa toimivuutta masennuksen tunnistamisessa. Masentuneiden ja ei-masentuneiden ryhmät vastasivat kohtuullisesti "Onko Teillä ollut kahden viime viikona aikana alakuloisuutta tai masennusta?" -kysymyksen tuloksia, mutta erojakin oli.

Masennus oli tässä tutkimuksessa yleisempää vanhemmissa ikäryhmissä. Kun muut taustamuuttajat vakioitiin ikä oli merkittävä masentuneiden ryhmään kuulumista selittävä muuttuja. Kun myös porrastettu toimintakyvyn muuttuja vakioitiin iän selitysvoima ei enää ollut tilastollisesti merkitsevä. Tämä tulos vahvistaa masennuksen ja toimintakyvyn rajoitusten välisen yhteyden vahvuutta. Ikä sinänsä ei vaikuta liittyvän masennukseen vaan sen myötä yleistyvät toimintakyvyn rajoitukset. Iän selitysvoima ei myöskään ollut tilastollisesti merkitsevä kun otosta tarkasteltiin kahdessa ikäryhmässä (70-79 -vuotiaat ja 80+ -vuotiaat) vakioiden taustamuuttajat, mutta jättäen porrastetun toimintakyvyn muuttujan mallista pois. Ikä on siis masennuksen merkitsevä selittäjä kun tarkastellaan koko tutkimusjoukkoa, jonka ikähaitari on kaiken kaikkiaan 28 vuotta. Yhteys liittyy kuitenkin voimakkaasti toimintakyvyn alenemiseen, sekä ikähaarukan nuorimpien ja vanhimpien välisiin selkeisiin eroihin. Pienemmissä ikäryhmissä erot nuorempien ja vanhempien välillä eivät enää ole riittävän suuria tekemään yhteydestä tilastollisesti merkitsevää.

Tutkimuksessa oli tavoitteena arvioida GDS5:n luotettavuutta ikäihmisten masennuksen arviointivälineenä. Vaikka tulokset antavat viitteitä mittarin luotettavuudesta, psykiatrisen arvioinnin puuttumisen vuoksi mittaria ei näiden tulosten perusteella ole mahdollista validoida suomalaiseen käyttöön. Lisäksi käytössä ei ollut sairaskertomuksia, joiden avulla tuloksia olisi voinut verrata diagnosoituihin masennustiloihin. Itseraportoidun (oireet, toimintakyvyn rajoitukset) aineiston käyttöön liittyy myös hyvin tunnettuja epävarmuustekijöitä. Otoksen ikäjakauma oli laaja (28 vuotta), mutta aineisto edustaa kohtalaisen iäkästä (yli 70 vuotta) eläkeikäisten joukkoa. Esimerkiksi alfabertoimien tulosten perusteella mittari tosin vaikutti luotettavmmalta nuorempien (70-79 vuotta) ryhmässä, minkä perusteella mittarin käyttökelpoisuus ei heikkene nuorempien ikäihmisten joukossa. Lisäksi käytössä oli poikkileikkausaineisto, minkä vuoksi esimerkiksi toimintakyvyn rajoitusten ja masennuksen ilmaantumisen järjestystä ei voinut tässä tutkimuksessa tarkastella.

Mittarin tuloksen perusteella masentuneiden (N=78) lisäksi 63 haastateltua vastasi "kyllä" alakuloisuutta ja masentuneisuutta koskevaan kysymykseen. Voikin olla hyödyllistä kysyä masentuneisuudesta sekä suoralla kysymyksellä että mittarin

avulla. Tässä aineistossa olisi näin arvioituna yhteensä 141 (40 %) ikääntyvää, joille mielialan jatkotutkimus voisi olla hyödyllinen. Tämantyyppinen käytäntö olisi perusteltua myös aikaisemmassa kirjallisuudessa esitellyn masennuksen jatkumoluonteesta valossa. Masennuksen haitallisten vaikutusten ehkäisemiseksi on huomiota kiinnitettävä myös lievästi alakuloisiin. Masentuneisuutteen viittaavien tulosten arviointiin kuuluu myös toimintakyvyn rajoitusten ja fyysisten sairauksien vaikutusten huolellinen arviointi ja yhteys masentuneisuuteen viittaaviin vastauksiin.

Kuten Beekman ym. (1995a, 48) toteavat, masennusmittarilla tunnistetusta masennuksesta suuri osa on lievää masennusta, joka ilmenee esimerkiksi reaktiona fyysiseen sairauteen, eikä sen hoidon tarpeellisuudesta tai hyödyllisyydestä ole vankkaa empiiristä näyttöä. Myöhemmissä raporteissa (Beekman ym. 1995b; 1997a) erittelevät lievän ja vakavan masennuksen eroja ikääntyvillä ja yhteenvetona toteavat, että lievä masennus liittyy useammin vanhenemisen myötä kohdattuihin lisääntyviin terveysongelmiin ja menetyksiin, kun vakava masennus puolestaan on useammin yhteydessä pitempikestoiseen alttiuteen sairastua masennukseen. Tulosten mukaan masennus olikin vahvasti yhteydessä erilaisten oireiden kokemiseen ja toimintakyvyn rajoituksiin.

Ikääntyvän masentuneisuuteen liittyy usein toimintakyvyn vajausta, fyysisiä oireita ja elämänlaadun heikkenemistä, joiden lievitys edellyttää monitahoisia tukitoimia niin terveydenhuollon kuin sosiaalisten verkostojen taholta. Masennus mainitaan usein terveyspalvelujen kulutuksen lisääjänä. Osittain tämä on mahdollista ja masennuksen lievityksen kautta myös muut vaivat voivat lieventyä. On kuitenkin myös niin, että kroonisten sairauksien ja toimintakyvyn rajoitusten vuoksi moni masentunut todellakin tarvitsee enemmän terveyspalveluja ja käyttää niitä aivan aiheellisesti. Masennuksen tunnistaminen perusterveydenhuollon palveluita muista syistä käytävillä on kuitenkin ensi arvoisen tärkeää (Lehtinen 2000, 251).

Sosiaaligerontologisten selitysmallien näkökulmia hyödyntäen suomalaisen ikääntyvän masentuneisuutta voi tarkastella esimerkiksi sopeutumisen kautta. Masennus voi peilata vaikeutta sopeutua haasteellisiin elämänmuutoksiin, kuten leskeytymiseen, terveyden heikkenemiseen tai toimintakyvyn rajoitusten myötä tapahtuvaan sosiaalisen vuorovaikutuksen vähenemiseen. Jyrkämän (1995) ehdottama tapa tulkita esimerkiksi aktiivisuus-, irtaantumis- ja jatkuvuusteorioita vaihtoehtoisina toimintastrategioina vaikuttaa varsin mielekkäältä. Aivan kuten jatkuvuus voi toiselle merkitä sosiaalisen aktiivisuuden ylläpitoa, toiselle masentuneisuus voi olla elinikäinen tapa reagoida vaikeisiin elämäntilanteisiin.

Irtautuminenkin voi jollekin ikääntyvälle olla mieluisa valinta vetäytyä kiireisestä tulevaan suuntautuneesta elämänmenosta (vert. Tornstam 1978), kun itse kaipaa jo levollisempaa keskittymistä käsillä olevaan hetkeen tai menneiden muistelua. Iän myötä yksilölliset ominaisuudet korostuvat, joten jokaisella on myös oma ainutlaatuinen tapansa elää elämäänsä vanhoilla päivillä. Molanderin (1999) tutkimuksessaan saamien kokemusten mukaan vaikuttaisi edulliselta, jos ikääntyvällä olisi kuitenkin joku (tai joitakin) ihmisiä, joiden kanssa kerrata elettyä elämää ja saada tukea myönteisille oman elämän kokemukselle. Tässäkin tutkimuksessa saatujen tulosten perusteella masentuneet kaipasivat sosiaalisia kontakteja enemmän kuin ei-masentuneet, mikä voi ilmentää tarvetta jakaa kokemuksia ja muistoja.

Tulokset vahvistivat masennuksen ja toimintakyvyn rajoitusten voimakkaan yhteyden. Tulevaisuuden tutkimushaasteisiin kuuluu erityisesti masennuksen ja toimintakyvyn välisen dynaamisen vuorovaikutuksen (Bruce 2001) huolellisempi tutkimus pitkittäisasetelmalla. Pitkittäistutkimuksella olisi mahdollista tutkia paitsi masennuksen ja toimintakyvyn vuorovaikutuksen luonnetta, myös mahdollisten välittävien tekijöiden roolia. Lisäksi olisi kiinnostavaa ja tärkeää tehdä interventiotutkimusta, jossa tarkastellaan myös niitä tekijöitä, joilla on merkitystä masennuksen, toimintakyvyn rajoitusten tai niiden kummankin lievittäjinä.

Tutkimuksen haasteet ovat lukuisat pelästään jo tieteellisestä näkökulmasta. Sosiaaligerontologialle on kuitenkin usein ollut luonteenomaista pyrkiä tuottamaan sovelluskelpoista tietoa käytännön vanhustyötä tekevillä, palveluiden suunnittelijoille ja luonnollisesti ikääntyvielle itselleen. Raue ym. (2000) painottavat, että merkityksellisen tiedon ohella myös luotettavat ja tehokkaat arviointivälineet ovat mielekäs tutkimuksen kohde terveydenhuollon paineiden helpottamiseksi. Ikääntyvien kohdalla masennusta on tähän saakka pidetty asiana, jota hän ei mielellään ota puheeksi tai haluakaan myöntää.

Tässä tutkimuksessa saatujen tulosten perusteella masennus on yhteydessä useimpiin ikääntymisen myötä ilmaantuviin haasteisiin kuten terveyden heikkeneminen ja toimintakyvyn aleneminen. Ikääntyvän masentuneisuus voi olla yhteydessä eletyn elämän rasitukseen, juuri koettuihin hankaluuksiin, mutta se voi olla myös mielekäs reaktio koettuihin vastoinkäymisiin. Tontin (2000) kuvaus "masennus on hiljaista surua monista syistä" sopii myös ikääntyvien masennuksen kuvailuksi. Vaikka pyrkimyksenä olisikin etsiä tapoja lievittää tätä surua, surulle on myös annettava aikansa ja tilansa. Tulosten valossa voi kuitenkin sanoa, että vain

yhdellä viidestä ikäihmisestä elämän surut ilmevät masentuneisuutena. Neljä viidestä ikääntyvästä sopeutuu kokemuksiinsa muutoksiin masentumatta.

Lähteet

Aalto A.-M., Aro A. R., Niinistö L. ja Lönnqvist J.: Elämänlaatu vanhuusiässä – kansainvälisen LEIPAD-mittarin reliabiliteetti ja validiteetti suomalaisilla ikääntyneillä. *Gerontologia* 3:187-196, 2001.

Abas M. A., Phillips C., Carter J., Walter J., Banerjee S., Levy R., Melanie A. ja Abas M. R. C.: Culturally sensitive validation of screening questionnaires for depression in older African-Caribbean people living in south London. *British Journal of Psychiatry* 173(9):249-254, 1998.

Addington J. ja Fry P. S.: Directions for clinical-psychosocial assessment of depression in the elderly. *Clinical Gerontologist – The Journal of Aging and Mental Health* 5(1/2):97-117, 1986.

Alkula T., Pöntinen S. ja Ylöstalo P.: Sosiaalitutkimuksen kvantitatiiviset menetelmät. Juva:WSOY, 1994.

Almeida O. P., Almeida S. A.: Short versions of the Geriatric Depression Scale: A study of their validity for the diagnosis of a major depression episode according to ICD-10 and DSM-IV, *International Journal of Geriatric Psychiatry* 14(10):858-865, 1999.

Arthur A., Jagger C., Lindsay J., Graham C. ja Clarke M.: Using an Annual Over-75 Health Check to Screen for Depression Scale (GDS15). *Within General Practise. International Journal of Geriatric Psychiatry* 14(6):431-439, 1999.

Bhugra D. ja Leff J. (toim.): *The Principles of Social Psychiatry*. Oxford: Blackwell Scientific Publications, 1993.

Beekman A. T. F., Deeg D. J.H., Smit J. H. ja van Tilburg W.: Predicting the course of depression in the older population: results from a community-based study in The Netherlands. *Journal of Affective Disorders* 34:41-49, 1995a.

Beekman A. T. F., Deeg D. J. H., van Tilburg T., Smit J. H., Hooijer C. ja van Tilburg W.: Major and minor depression in later life: a study of prevalence and risk factors. *Journal of Affective Disorders* 36:65-75, 1995b.

Beekman A. T. F., Penninx B. W. J. H., Deeg D. J. H., Ormel J., Braam A. W. ja van Tilburg W.: Depression and physical health in later life: results from the Longitudinal Aging Study Amsterdam (LASA). *Journal of Affective Disorders* 46: 219-231, 1997a.

Beekman A. T. F., Deeg D. J. H., Braam A. W., Smit J. H. ja van Tilburg W.: Consequences of major and minor depression in later life: a study of disability, well-being and service utilization. *Psychological Medicine* 27(6): 1397-1409, 1997b.

Beekman A. T. F. ja Copeland J. R. M.: Review of community prevalence of depression in later life. *The British Journal of Psychiatry* 174: 307-311, 1999.

Blanchard M.: Depressive Illness. Teoksessa Ebrahim S. ja Kalache A.: *Epidemiology in Old Age*, ss. 279-289. London:BMJ Publishing Group, 1996.

Blazer D. G. II: *Depression in Late Life*. St. Louis:The C.V. Mosby Company, 1982.

Blazer D.: EURODEP Consortium and late-life depression. Editorial. *British Journal of Psychiatry*, 174: 284-285, 1999.

Bruce M. L.: Depression and Disability in Late Life. Directions for Future Research. Special Article. *American Journal of Geriatric Psychiatry* 9:102-112, 2001.

Callahan C. M., Wolinsky F. D., Stump T. E., Nienaber N. A., Hui S. L. ja Tierney W. M.: Mortality, Symptoms, and Functional Impairment in Late –Life Depression. *Journal of General Internal Medicine* 13:746-752, 1998.

Carpenter I.: Value of Screening in Old Age. Teoksessa Ebrahim S. ja Kalache A. : *Epidemiology in Old Age*, 136-144. London:BMJ Publishing Group, 1996

Casten R. J., Rovner B. W., Pasternak R. E. ja Pelchat R.: A comparison of self-reported function assessed before and after depression treatment among depressed geriatric inpatients. *International Journal of Geriatric Psychiatry* 15(9): 813-818, 2000.

Clement J.-P., Fray E., Paycin S., Leger J.-M., Threme J.-F. ja Dumont D.: Detection of depression in elderly hospitalized patients in emergency wards in France using the CES-D and the mini-GDS: Preliminary experiences. *International Journal of Geriatric Psychiatry* 14(5):373-378, 1999.

Creed F.: Life Events. Teoksessa Bhugra D. ja Leff J. (toim.): *Principles of social psychiatry*, ss. 144-161. Oxford: Blackwell Scientific Publications, 1993.

D'Ath P., Katona P., Mullan E., Evans S. ja Katona C.: Screening, Detection and Management of Depression in Elderly Primary Care Attenders. I: The Acceptability and Performance of the 15 Item Geriatric Depression Scale (GDS15) and the Development of Short Versions. *Family Practice* 11(3):260-266, 1994

van Exel E., Stek M. L., Deeg D. J. H. ja Beekman A. T.: The implication of selection bias in clinical studies of late life depression: An empirical approach. *International Journal of Geriatric Psychiatry* 15(6):488-492, 2000.

Featherstone M. ja Hepworth M.: Ageing and Old Age: Reflections on the Postmodern Life Course. Teoksessa Bytheway B., Keil T., Allatt P. ja Bryman A. (toim.): *Becoming and Being Old. Sociological Approaches to Later Life*. Kappale 9 ss. 143-158. The British Sociological Association, London: SAGE Publications, 1989.

Forsell Y. ja Winblad B.: Incidence of major depression in a very elderly population. *International Journal of Geriatric Psychiatry* 14(5): 368-372, 1999.

Fountoulakis K. N., Tsolaki M., Iacovides A., Yesavage J., O'Hara R., Kazis A. ja Ierodiakonou C.: The validation of the short form of the Geriatric Depression Scale (GDS) in Greece. *Aging Clinical Experimental Research*, 11(6):367-372, 1999.

George L. K.: *Role Transitions in Later Life*. Monterey: Brooks/Cole Publishing Company, 1980.

Goldberg T. H. ja Chavin S. I.: Preventive Medicine and Screening Older Adults. *Journal of American Geriatrics Society*, 45(3):344-354, 1997.

Gottfries G. G., Noltrop S. ja Nørgaard N.: Experience with a Swedish Version of the Geriatric Depression Scale in Primary Care Centres. *International Journal of Geriatric Psychiatry* 12(10):1029-1034, 1997.

Grundy E., Bowling A. ja Farquhar M.: Social Support, Life Satisfaction and Survival at Older Ages. Teoksessa Caselli G. ja Lopez A. D. (toim.): Health and Mortality Among Elderly Populations, ss. 135-156. Oxford: Clarendon Press, 1996.

Hamilton M.: A rating scale for depression. Journal of Neurological and Neurosurgical Psychiatry 56-62, 1960.

Heikkinen E., Arajärvi R.-L., Jylhä M., Koskinen S., Pekurinen M. ja Pohjolainen P.: Eläkeikäiset Tampereella. Haastattelututkimus 60-89-vuotiaiden tamperelaisten terveydentilasta, toimintakykyisyydestä, palvelujen käytöstä ja elintavoista. Kansanterveystieteen julkaisuja M 65/81. Tampere: Tampereen yliopiston Jäljennepalvelu, 1981.

Heikkinen R.-L., Heikkinen E. ja Kauppinen M.: Masentuneisuusongelma ja siihen yhteydessä olevat tekijät iäkkäillä jyväskyläläisillä. Gerontologia 4(2):67-76, 1990.

Heikkinen R.-L.: Elämän, tunteet ja vanheneminen. Teoksessa Heikkinen E. ja Tuomi J. (toim.): Suomalainen elämäntilanne, ss. 194-215. Helsinki: Tammi, 2000.

Henderson A. S.: The Social Psychiatry of Later Life. The British Journal of Psychiatry 156:645-653, 1990.

Heun R., Kockler M. ja Papassotiropoulos A.: Distinction of early- and late-onset depression in the elderly by their lifetime symptomatology. International Journal of Geriatric Psychiatry 15(12): 1138-1142, 2000.

Hervonen A. ja Pohjolainen P.: Gerontologian ja geriatrian perusteet. Tampere: Lääketieteellinen oppimateriaalikustantamo, 1991.

Hoyl M. T., Alessi C. A., Harker J. O., Josephson K. R., Pietruszka F. M., Koelfgen M., Mervis J. R., Fitten L. J. ja Rubenstein L. Z.: Development and Testing of a Five-Item Version of the Geriatric Depression Scale. Journal of American Geriatrics Society 47(7):873-878, 1999.

Hybels C. F., Blazer D. G., ja Pieper C. F.: Toward a Threshold for Subthreshold Depression. An Analysis of Correlates of Depression by Severity of Symptoms Using Data From an Elderly Community Sample. The Gerontologist 41: 357-365 2001.

Isometsä E.: Masennustilat – uusi kansantauti? Hyvinvointikatsaus 2:11-13, 1999a.

Isometsä E.: Mielialahäiriöt: masennushäiriöt ja kaksisuuntaiset mielialahäiriöt. Teoksessa Lönnqvist J., Heikkinen M., Henriksson M., Marttunen M. ja Partonen T.: Psykiatria, ss. 118-174. Helsinki: Duodecim, 1999b.

Joukamaa M. ja Heikkinen M.: Mielenterveyden epidemiologia. Teoksessa Lönnqvist J., Heikkinen M., Henriksson M., Marttunen M. ja Partanen T. (toim.): Psykiatria, ss. 546-558. Duodecim. Jyväskylä: Gummerus, 1999.

Jylhä M.: Oman terveyden kokeminen eläkeiässä. Acta Universitatis Tamperensis A ser vol 195. Tampere: Tampereen yliopisto, 1985.

Jylhä M., Jokela J., Tolvanen E., Heikkinen E., Heikkinen R.-L., Koskinen S., Leskinen E., Lyyra A.-L. ja Pohjolainen P.: The Tampere Longitudinal Study on Ageing. Description of the study. Basic results on health and functional ability. Scandinavian Journal of Social Medicine, Supplementum 47. Tampere: University of Tampere, 1992.

Jyrkämä J.: "Rauhaisesti alas illan lepoon"? Tutkimus vanhenemisen sosiaalisuudesta neljässä paikallisyhteisössä. Acta Univertitatis Tampereensis, ser A vol. 449. Tampere, 1995.

Kangas I. ja Nikander P. (toim.): Naiset ja ikääntyminen. Tampere: Gaudeamus, 1999.

Kaplan H. I., Sadock B. J. ja Grebb J. A.: Kaplan and Sadock's Synopsis of Psychiatry. Behavioral Sciences, Clinical Psychiatry. 7. painos. Baltimore: Williams & Wilkins, 1994.

Kennedy G. J.: The Dynamics of Depression and Disability. "Special Article". American Journal of Geriatric Psychiatry 9:99-101, 2001.

Kivelä S.-L., Pahkala K. ja Laippala P.: Iäkkäiden terveyskeskuspotilaiden depressioiden ennuste. Gerontologia 4(2):77-87, 1990.

Kivelä S.-L.: Vanhuusiän masennuksen yleisyys. Teoksessa Saarela T (toim.): Vanhuusiön masennus, ss. 1-4. SITRA 121. Helsinki, 1992.

Kivelä S.-L.: Vanhuksen masennus. Teoksessa Tilvis R. ja Sourander L. (toim.): Geriatria, 151-160. Duodecim. Jyväskylä: Gummerus, 1993.

Koponen H. ja Leinonen E.: Vanhuspsykiatria. Teoksessa Lönnqvist J., Heikkinen M., Henriksson M., Marttunen M. ja Partanen T. (toim.): Psykiatria, ss. 528-545. Duodecim. Jyväskylä: Gummerus, 1999

Lehtinen V.: Mielenterveyttä ikä kaikki. Teoksessa Heikkinen E. ja Tuomi J. (toim.): Suomalainen elämäntähti, ss. 235-253. Helsinki: Tammi, 2000.

Lehtonen J. ja Lönnqvist J.: Mielenterveys ja psykiatria. Teoksessa Lönnqvist J., Heikkinen M., Henriksson M., Marttunen M. ja Partanen T.: Psykiatria, ss. 13-18. Helsinki: Duodecim, 1999.

Li Y.-S., Meyer J. S. ja Thornby J.: Depressive symptoms among cognitively normal versus cognitively impaired elderly subjects. International Journal of Geriatric Psychiatry 16(5): 455-461, 2001.

Lieberman D., Galinsky D., Fried V., Grinshpun Y., Mytilis N., Tylis R. ja Lieberman D.: Geriatric depression screening scale (GDS) in patients hospitalized for physical rehabilitation. International Journal of Geriatric Psychiatry 14(7):549-555, 1999.

Livingstone G., Hawkins A., Graham N., Blizard B. ja Mann A.: The Gospel Oak Study: Prevalence rates of dementia, depression and activity limitation among elderly residents in Inner London. Psychological Medicine 20:137-146, 1990.

Lönnqvist J.: Masennus ei katso ikää. Mielenterveys 6:24-27, 1999a.

Lönnqvist J.: Potilaan tutkiminen ja mielenterveyden häiriöiden luokittelu. Teoksessa Lönnqvist J., Heikkinen M., Henriksson M., Marttunen M. ja Partanen T.: Psykiatria, ss. 19-49. Helsinki: Duodecim, 1999b.

Lyness J. M., Tamson K. N., Cox C., King D. A., Conwell Y. ja Caine E. D.: Screening for Depression in Elderly Primary Care Patients. A Comparison of the Center for Epidemiologic Studies – Depression Scale and the Geriatric Depression Scale. Archives Internal Medicine 157: 449-454, 1997.

Nikander P.: Elämänkaaresta elämäntekoon: iän muuttuva merkitysmaailma. Teoksessa Kangas I. ja Nikander P. (toim.): Naiset ja ikääntyminen, ss. 27-45. Tampere: Gaudeamus, 1999.

Mahoney J., Drinka T. J. K., Abler R., Gunter-Hunt G., Matthews C., Gravenstein S. ja Carnes M.: Screening for Depression: Single Question versus GDS. *Journal of American Geriatric Society*, 42: 1006-1008, 1994.

van Marwijk H. W. J., Wallace P., de Bock G. H., Hermans J., Kaptein A. A. ja Mulder J. D.: Evaluation of the feasibility, reliability and diagnostic value of shortened versions of the geriatric depression scale. *British Journal of General Practice* 45(393):195-199, 1995.

Mann A. ja Murray R.: Measurement in psychiatry. Teoksessa *Essentials of postgraduate psychiatry*. Second Edition, ss. 55-77. London: Grune & Stratton, 1986.

Molander G.: Askel lyhenee, maa kutsuu - yli 80-vuotiaiden kuolema eletyn elämän valossa. Helsinki: Suomen Mielenterveysseura, 1999.

Mullen P. E.: The Mental State and States of Mind. Teoksessa *Essentials of postgraduate psychiatry*. Second Edition, ss. 3-36. London: Grune & Stratton, 1986.

Mulsant B. H., Ganguli M. ja Seaberg E. C.: The Relationship Between Self-Rated Health and Depressive Symptoms in an Epidemiological Sample of Community-Dwelling Older Adults. *Journal of American Geriatrics Society* 45(8):954-958, 1997.

Murray C. J.L. ja Lopez A. D. (toim.): The Global Burden of Disease. A comprehensive assessment of mortality and disability from diseases, injuries, and risk factors in 1990 and projected to 2020. Summary. WHO, 1996.

Ormel J., Kempen G. I. J. M., Deeg D. J. H., Brilman E. I., van Sonderen E. ja Relyveld J.: Functioning, Well-Being, and Health Perception in Late Middle-Aged and Older People: Comparing the Effects of Depressive Symptoms and Chronic Medical Conditions. *Journal of American Geriatrics Society* 46(1):39-48, 1998.

Ornel J., Von Korff M., Bedirhan Ustun T., Pini S., Korten A. ja Oldehinkel T.: Common Mental Disorders and Disability Across Cultures. Results From the WHO Collaborative Study on Psychological Problems in General Health Care. *JAMA* 272(22):1741-1748, 1994.

Penninx B. W. J. H., Guralnik J. M., Ferrucci L., Simonsick E. M., Deeg D. J. H. ja Wallace R. B.: Depressive Symptoms and Physical Decline in Community-Dwelling Older Persons. *JAMA* 279(21):1720-1726, 1998.

Pitt B.: Social Factors and Old Age. Teoksessa Bhugra D. ja Leff J. (toim.): *The Principles of Social Psychiatry*, ss. 315-330. Oxford: Blackwell Scientific Publications, 1993.

Pohjolainen P.: Mitä on sosiaaligerontologia? Teoksessa Pohjolainen P. ja Jylhä M. (toim.): *Vanheneminen ja elämäntekoon - Sosiaaligerontologian perusteita*, ss. 17-59. Mänttä: Weiling+Göös, 1990.

Pulska T., Pahkala K., Laippala P. ja Kivelä S.-L.: Depressive symptoms predicting six-year mortality in depressed elderly Finns. *International Journal of Geriatric Psychiatry* 15(10):940-946, 2000.

Radloff L. S.: The CES-D scale: a self-report depression scale for research in the general population. *Applied Psychological Measurement* 1:385-401, 1977.

Raue P. J., Alexopoulos G. S., Bruce M. L., Klimstra S., Mulsant B. H., Gallo J. J. ja the PROSPECT Study Group: The systematic assessment of depressed elderly primary care patients. *International Journal of Geriatric Psychiatry* 16(6):560-569, 2000.

Rollman B. L. ja Reynolds C. F.: Minor and Subsyndromal Depression: Functional Disability Worth Treating. *Journal of American Geriatrics Society* 47:757-758, 1999.

Rose G.: *The Strategy of Preventive Medicine*. Oxford: Oxford Medical Publications, 1992.

Ruth J.-E.: Elämänhallinta ikäännyttäessä. Teoksessa Roos J.-P. ja Hoikkala T. (toim.): *Elämänpolitiikka*. Tampere: Gaudeamus, 1998.

Saz P. ja Dewey M. E.: Depression, depressive symptoms and mortality in persons aged 65 and over living in the community: a systematic review of the literature. *International Journal of Geriatric Psychiatry* 16(6): 622-630, 2001.

Sheikh J. I. ja Yesavage J. A.: Geriatric Depression Scale (GDS) Recent Evidence and Development of a Shorter Version. *Clinical Gerontologist – The Journal of Aging and Mental Health*. 5(1/2):165-173, 1986.

Sihvonen A.-P.: Suomalaisten toimintakykyiset elinvuodet. Metodinen tarkastelu ja mittaaminen. *Stakes raportteja* 148/1994.

Suomalaisten terveys 1996. Kansanterveyslaitos, Sosiaali- ja terveysministeriö. Edita. Helsinki, 1997.

Tikkanen T.: Auta masentunut takaisin valoon. *Hyvä Terveys* 11: 64-67, 2001.

Tilastokeskus 2002: Suomi lukuina. http://www.tilastokeskus.fi/tk/tp/tasku/taskus_vaesto.html#Väestöiänmukaan. Päivitetty 26.6./21.12.2001. Tieto haettu 14.1.2002.

Tilvis R. ja Valvanne J.: Geriatriinen preventio. Teoksessa Tilvis R. ja Sourander L. (toim.): *Geriatría*, ss. 393-407. Duodecim. Jyväskylä: Gummerus, 1993.

Tontti J.: Masennuksen arkea. Selityksiä surusta ilman syytä. Sosiaalipsykologisia tutkimuksia 3. Helsinki: Helsingin sosiaalipsykologian laitos, 2000. (<http://ethesis.helsinki.fi/julkaisut/val/sosps/vk/tontti/>)

Tornstam L.: *Åldrandets socialpsykologi*. Tukholma: Rabén & Sjögren, 1978(1986).

Uhari M. ja Nieminen P.: *Epidemiologia & biostatistiikka*. Jyväskylä: Duodecim, 2001.

Valvanne J. ja Noro A.: Milloin laitoshoitoon? *Duodecim* 115(15):1591-9, 1999.

Weckroth K.: Miten minusta tuli hullu? Avaukset. *Yhteiskuntapolitiikka* 65(5):434-439, 2000.

Woods R. T.: Mental health problems on later life. Teoksessa Woods R. T. (toim.): *Psychological Problems of Ageing. Assessment, Treatment and Care*, ss. 73-110. Chichester: John Wiley & Sons Ltd, 1999.

Yesavage Y. A., Brink T. L., Lum O., Hung V., Adey M. ja Leirer V. O.: Development and validation of a geriatric depression screening scale; a preliminary report. *Journal of psychiatric research* 17(1):37-49, 1982/83.

Zung W. W. K.: A self-rating depression scale. *Archives of General psychiatry* 12:62-70, 1965.

Tutkimuksessa käytetyt muuttujat: kysymykset, vastausvaihtoehdot ja analyysissä käytetyt luokitukset.

Taustamuuttujat

Sukupuoli	1=mies 2=nainen
Ikä	vastaajan ikä vuosina tutkimusvuonna
Ikäryhmät(1)	1=70-74 vuotta 2=75-79 vuotta 3=80-84 vuotta 4=85 vuotta tai enemmän
Ikäryhmät(2)	1=70-79 vuotta 2=80 vuotta tai enemmän
Siviilisäätty	1=naimaton 2=naimisissa 3=leski 4=eronnut 5=avoliitossa
Koulutustaso	1=alle kansakoulu 2=kansa/keskikoulu 3=lukio tai opistotaso 4=yliopisto tai vastaava
Ammattitausta	1=toimihenkilöt 2=ammattitaitoiset työntekijät 3=muut (ammattitaidottomat työntekijät, kotiäidit, muut)

Masennusmittari (GDS5)

GDS1: Oletko elämäsi pohjimmiltaan tyytyväinen?

- 1=kyllä
- 2=ei

GDS2: Oletko usein pitkästynyt?

- 1=kyllä
- 2=ei

GDS3: Tunnetko usein itsesi avuttomaksi?

- 1=kyllä
- 2=ei

GDS4: Jäätkö yleensä kotiin sen sijaan, että lähtisit ulos uusia asioita tekemään?

- 1=kyllä
- 2=ei

GDS5: Tunnetko itsesi arvottomaksi?

- 1=kyllä
- 2=ei

Masennusmittarin kysymyksien 1. ja 4. vastaukset on luokiteltu päinvastoin ja kaikille kysymyksille on annettu arvot 1=1 ja 2=0, minkä jälkeen on laskettu

pisteiden summa. Summa (0-5) luokiteltiin summan perusteella niihin, jotka saivat 0-1 pistettä (ei-masentuneet) ja niihin, jotka saivat 2-5 pistettä (masentuneet).

Alkuperäinen GDS30:

Yesavage Y A, Brink T L, Lum O, Hung V, Adey M ja Leirer V O: Development and validation of a geriatric depression screening scale; a preliminary report. Journal of psychiatric research Vol 17, No 1; 37-49, 1982/83

GDS5:

Hoyl M T, Alessi C A, Harker J O, Josephson K R, Pietruszka F M, Koelfgen M, Mervis J R, Fitten L J ja Rubenstein L Z: Development and Testing of a Five-Item Version of the Geriatric Depression Scale. Journal of American Geriatrics Society, Vol 47, No 7; 873-878, 1999.

Suomenkielinen käännös:

Matti Mäkelä ja Leena Niinistö, 1997

Koettu terveydentila ja muut terveyttä koskevat kysymykset

Onko terveydentilanne nykyisin...

- 1=erittäin hyvä
- 2=melko hyvä
- 3=keskiverto
- 4=melko huono
- 5=huono?
- (6=ei osaa sanoa)

Onko Teillä pitkäaikaista sairautta, vammaa tai tapaturman seurausta, joka haittaa päivittäistä toimintaanne?

- 1=kyllä
- 2=ei

1. Onko Teillä ongelmia jaloistanne, sellaisia kuten vaivaisenluut, liikavarpaat, pitkät kynnet tai suonikohjut?

- 1=kyllä
- 2=ei

2. Rajoittavatko nämä ongelmat toimintaanne?

- 1=kyllä
- 2=ei
- 9=ei osaa sanoa

Näistä kahdesta yhdistettiin yksi muuttuja niin, että ne jotka vastasivat sekä ensimmäiseen että toiseen kysymykseen "kyllä", kuuluivat ensimmäiseen tässä käyettyyn luokkaan "rajoittavia jalkavaivoja" ja muut vastaajat toiseen luokkaan, "ei rajoittavia jalkavaivoja".

Onko Teidän koskaan vaikea ehtiä ajoissa WC:en?

- 1=kyllä
- 2=ei

Käytättekö nyt lääkkeitä helpottaksenne nukkumistanne?

- 1=kyllä
- 2=ei

Tupakoiminen, alkoholin käyttö ja liikunnan harrastaminen

Oletteko koskaan tupakoinut säännöllisesti, lähes päivittäin ainakin vuoden ajan?

1=kyllä

2=ei

Käytättekö... (vastausvaihtoehdot "kyllä" ja "ei")

väkeviä alkoholijuomia?

viiniä?

olutta?

Harrastatteko liikuntaa kuten esimerkiksi reipasta kävelyä, hölkkää tai uintia?

1=kyllä

2=ei

Koetut oireet

Onko teillä viimeisen kahden viikon aikana ollut:

(Kysymys toistettiin jokaisen oireen (1-24) kohdalla.)

Vaustausvaihtoehdot: "ei", "satunnaisesti", "usein" ja "lähes jatkuvasti".

Luokittelu analyysia varten: "ei ollenkaan" ja "satunnaisesti, usein tai jatkuvasti".

Oireiden summa: kaksiluokkaisesta muuttujasta oireen raportoinnista piste ja kaikista oireista laskettu summa.

1. päänsärkyä?
2. muistin heikkenemistä?
3. ruokahalun puutetta?
4. sydänvaivoja?
5. närästystä?
6. mahakipuja?
7. ripulia?
8. painajaisia?
9. nukahtamisvaikeuksia?
10. huimauksen tunnetta?
11. sydämentykytystä?
12. käsien vapinaa?
13. runsasta hikoilua ilman ruumiillista räsitusta?
14. hengitysvaikeuksia tai hengenahdistusta ilman ruumiillista räsitusta?
15. haluttomuutta ja voimattomuutta?
16. väsymystä ja heikkouden tunnetta?
17. jännittämistä ja hermostuneisuutta?
18. ärtyisyyttä tai vihanpuuskia?
19. alakuloisuutta tai masennusta?
20. ummetusta?
21. särkyä tai kipua nivelissä tai selkävaivoja?
22. merkittäviä muutoksia painossa?
23. janoa tai runsaita virtsamääriä?
24. ajoittaista tuntoaistin, liikuntakyvyn tai puhekyvyn katoamista?

Toimintakyky

Seuraavien toimintojen suorittamisessa on iäkkäillä usein vaikeuksia. Tahtoisin tietää onko Teillä tällaisia vaikeuksia.

Kykenettekö (1-14):

Vastausvaihtoehdot: "vaikeuksitta", "vaikeuksin, mutta ilman apua" "jos joku auttaa" ja "ei".

1. liikkumaan ulkona? (IADL)
2. kävelemään huoneiden välillä? (ADL)
3. kulkemaan portaissa? (IADL)
4. kävelemään ainakin 400 m? (IADL)
5. kantamaan painavia tavaroita, esimerkiksi 5 kg:n kauppakassia 100 metriä? (IADL)
6. käyttämään WC:tä? (ADL)
7. peseytymään ja kylpemään? (ADL)
8. pukeutumaan ja riisuutumaan? (ADL)
9. päsemään vuoteeseen ja vuoteesta? (ADL)
10. laittamaan oman ruokanne? (IADL)
11. syömään? (ADL)
12. leikkamaan varpaankyntenne? (IADL)
13. tekemään kevyitä kotitöitä (pesemään astioita, lakaisemaan lattiaita)? (IADL)
14. tekemään raskaita kotitöitä (pesemään ikkunoita ja lattiaita, yleistä kodin siivoamista)?

Toimintakyvyn muuttajat on jaettu ADL:iin (päivittäiset ja henkilökohtaiset perustoiminnot) ja IADL:iin (työvälineen käyttöä edellyttävät päivittäiset toiminnot) ja luokitus on merkitty sulkuihin jokaisen muuttujan jälkeen. Raskaat kotityöt on tässä jätetty analyysin ulkopuolelle niiden vaativuuden vuoksi.

Porrastettu toimintakyky

- 1=hyvä (ei ADL eikä IADL vaikeuksia)
- 2=kohtalainen (rajoitus yhdessä IADL toiminnassa)
- 3=heikko (rajoitus yhdessä ADL toiminossa tai enemmän)

Kuinka paljon yleisesti ottaen Teillä on vaikeuksia päivittäisissä toiminnoissa?

- 1=paljon vaikeuksia
- 2=ei kovin paljon vaikeuksia
- 3=ei ollenkaan vaikeuksia

Uudelleen luokiteltuna kahteen luokkaan:

- 1="paljon vaikeuksia"
- 2="ei kovin paljon tai ei ollenkaan vaikeuksia.

Yleinen tyytyväisyys ja hyvinvointi sekä sosiaaliset verkostot

Kuinka usein olette yksin?

- 1=usein
- 2=harvoin
- 3=en koskaan

Uudelleen luokiteltuna kahteen luokkaan:

- 1=usein
- 2=harvoin tai ei koskaan

Tunnetteko itsenne yksinäiseksi?

- 1=usein
- 2=joskus
- 3=ei koskaan
- 4=ei osaa sanoa

Uudelleen luokiteltuna kahteen luokkaan:

- 1=usein tai joskus
- 2= ei koskaan tai ei osaa sanoa

Tunnetteko itsenne tarpeettomaksi?

- 1=usein
- 2=joskus
- 3=ei koskaan
- 4=ei osaa sanoa

Uudelleen luokiteltuna kahteen luokkaan:

- 1=usein tai joskus
- 2=ei koskaan tai ei osaa sanoa

Kuinka tyytyväinen olette nykyiseen elämäänne?

- 1=hyvin tyytyväinen
- 2=tyytyväinen
- 3=joten kuten tyytyväinen
- 4=tyytymätön
- 5=hyvin tyytymätön
- 6=ei osaa sanoa

Uudelleen luokiteltuna kahteen luokkaan:

- 1=hyvin tyytyväinen tai tyytyväinen
- 2= joten kuten tyytyväinen, tyytymätön tai hyvin tyytymätön

Millaiselta taloudellinen tilanteenne Teistä tuntuu?

- 1=hyvältä
- 2=tyydyttävältä
- 3=huonolta
- 4=ei osaa sanoa

Uudellen luokiteltuna kahteen luokkaan:

- 1=hyvältä
- 2=tyydyttävältä, huonolta tai ei osaa sanoa

Asuuko lapsenne tai jotkut lapsistanne

- 1=samassa talossa kuin te tai hyvin lähellä
- 2=samalla paikkakunnalla
- 3=kukaan heistä ei asu lähellä

Uudellen luokiteltuna kahteen luokkaan:

- 1=samassa talossa, hyvin lähellä tai samalla paikkakunnalla
- 2=kukaan heistä ei asu lähellä

Onko Teillä hyviä ystäviä?

- 1=kyllä
- 2=ei

Oletteko tyytyväinen ihmissuhteisiin, joita Teillä on ollut ja joita olette solminut elämänne aikana?

- 1=tyytyväinen
- 2=tyytymätön
- 3=ei osaa sanoa

Uudelleen luokiteltuna kahteen luokkaan:

- 1=tyytyväinen
- 2=tyytymätön tai ei osaa sanoa