

Tutkimussuunnitelma

1.8.2019

Tutkimuksen nimi: Ryhmämuotoisen psykoterapian vaikuttavuus iäkkäiden masennukseen. Havainnoiva tutkimus terveydenhuollossa.

Tutkimuksen suorituspaikka: Keski-Suomen Sairaanhoidopiiri, Psykiatrian palvelualue ja Itä-Suomen yliopisto

Tutkimusryhmä: Väitöskirjatutkija (pääutkija)

Saara Westerholm, FM (psykologia)

KSSHP/Psykiatrian palvelualue, Matarankatu 6, B-rappu, 3. kerros

Puh. (040) 546 1475, sähköposti: westerholmsaara@gmail.com

Ohjaaja: Hannu Koponen, professori (Helsingin yliopisto), ylilääkäri (HYKS; psykiatria),

Osoite: Välskärinkatu 12, 00260 Helsinki, sähköposti: hannu.j.koponen@hus.fi

Päiväys ja allekirjoitus:

Hannu Koponen

Ohjaaja/Tutkimuksesta vastaava henkilö Sari Lindeman, Professori (Itä-Suomen yliopisto), osastonylilääkäri (KSSHP), Matarankatu 6, B-rappu, 3. kerros, Puh. (014) 269 5112 (virka-aikana), sähköposti: sari.lindeman@ksshp.fi

Päiväys ja allekirjoitus:

Sari Lindeman

Oppiaineen (psykiatria) vastuhenkilö:

Päiväys ja allekirjoitus:

Professori Heimo Viinamäki

Johdanto

Ikääntyneiden ihmisten masennus on merkittävä kansanterveydellinen ongelma. Masennushäiriöiden esiintyvyys yli 75-vuotiailla suomalaisilla oli 8,0% Terveys 2011-tutkimuksessa (Suvisaari & Markkula 2017). Suvisaaren & Markkulan (2017) mukaan juuri ikä on yksi masennushäiriöiden riskitekijä, sillä masennushäiriöiden esiintyvyys nousee 75 ikävuoden jälkeen. Ikääntyneiden depression tulisi kiinnittää laajaa tieteellistä huomiota väestön ikääntymisen vuoksi. Tehokkaat lääkkeettömät tai lääkehoitoa tukevat hoitomuodot ovat ikääntyneille erityisen tarpeellisia niiden fysiologisen turvallisuuden vuoksi.

Psykososiaaliset hoidot on meta-analysissä todettu tehokkaiksi ikääntyneiden masennuksen hoidossa (Cuijpers ym. 2006). Tosielämässä (real life) ikääntyneiden masennusta hoidetaan kuitenkin pääasiassa lääkehoidolla, koska suomalainen terveydenhuoltojärjestelmä ei pysty tarjoamaan riittävästi psykososiaalisia hoitoja, erityisesti psykoterapioita. Lääkkeettömän hoidon (psykoterapian) eduksi voidaan laskea etenkin lääkehoidon haittavaikutusten puuttuminen. Erityisesti etua tästä on juuri iäkkäiden kohdalla viitaten lääkeaineiden metabolian muuttumiseen ikääntyessä sekä iäkkäille tyypillisen, eri lääkeaineiden yhteiskäytön farmakodynaamisiin ja farmakokineettisiin ongelmiin. Esimerkiksi trisyklisen masennuslääkkeiden antikolinergiset vaikutukset ovat ongelmallisia iäkkäille ihmisille (Huttunen 2017).

Kiintymyssuhdetyyli tarkoittaa sitä, miten turvalliseksi tai turvattomaksi henkilö kokee läheiset ihmissuhteet. Kiintymyssuhdetyyli säätelee henkilön tapaa olla vuorovaikutuksessa toisten ihmisten kanssa (Bowlby, 1969; Ainsworth ym. 1978). Ikääntyneiden ihmisten fyysisen, psyykkisen ja sosiaalisen hyvinvoinnin kannalta kiintymyssuhdetyylillä voi olla suurempi rooli kuin mitä tähän asti on ajateltu. Kiintymyssuhdetyylin ja unen välistä vuorovaikutusta on tutkittu vähän ja erityisen vähän tutkimusta on iäkkäiden osalta (Adams ym. 2014). Kiintymyssuhdetyylin huomiointi ikääntyneen ihmisen kokonaisvaltaisessa hoitotyössä voi vähentää rauhoittavien ja unilääkkeiden käyttöä, sillä turvallisuudentunteen lisääntyminen todennäköisesti helpottaa ahdistuneisuutta ja nukahtamisvaikeuksia. Yhteiskunnallisesti ikääntyneiden univaikeudet ja ahdistuneisuus aiheuttavat suuria kustannuseriä lääkärikäyntien ja pitkäaikaishoidon muodoissa.

Tutkimuksen teoreettinen tausta

Tutkimuksen teoreettisena lähtökohtana ovat kognitiivisen psykoterapian perusteet, jotka juontavat juurensa antiikin Kreikan filosofisiin traditioihin. Epiktetos (100-luku jKr) esitti ajatuksen, että ihmisten mielenrauhaa eivät sinänsä horjuta ulkoiset asiat, vaan ihmisen itsensä muodostamat käsitykset ja merkitykset asiasta. Sellainen ryhmämuotoinen psykoterapia (jäljempänä tarkemmin),

jota puheena olevassa tutkimuksessa tullaan toteuttamaan, pohjautuu tähän ajattelutapaan. Kognitiivisen psykoterapian keskeinen ajatus on kognition, emootioiden ja käyttäytymisen jatkuva vuorovaikutus. Mielialahäiriöiden, kuten masennuksen, kognitiivisessa psykoterapeuttisessa hoidossa ajatteluun liittyvien vääristymien havaitseminen on tärkeä kulmakivi.

Tutkimuksen kiintymyssuhdeosio pohjautuu näkemykseen, jonka uusin kiintymyssuhdetyylin ja unen suhteesta tehty kirjallisuuskatsaus antaa (Adams ym. 2014). Katsaukseen on kerätty uneen ja kiintymyssuhdetyyliin keskittyviä tutkimuksia koko elämänkaaren ajalta. Vain yksi katsaukseen sisällytetyistä tutkimuksista vastaa puheena olevan tutkimushankkeen aihetta (Verdecias ym, 2009). Tutkijat eivät saaneet tilastollisesti merkittävää tulosta, mutta tuloksissa oli havaittavissa trendi, joka viittaa turvallisen kiintymyssuhdetyylin ja paremman unen olevan yhteydessä toisiinsa. Heidän tutkimukseensa osallistui 70 iäkästä ihmistä, joiden ikä vaihteli 60 ja 85 ikävuoden välillä. Adams ym. (2014) tuovat kirjallisuuskatsauksessaan esiin tarpeen tarkastella kiintymyssuhdetyylin ja unen yhteyksiä koko elämänkaaren osalta. He myös tuovat esiin, että erilaisia kiintymyssuhteeseen kohdentuvia terapeuttisia interventioita tulisi tutkia unen näkökulmasta (ibid.). Tämä tutkimushanke tuottaa siis uutta tietoa aiheesta, jonka on todettu kaipaavan tieteellistä tarkastelua.

Kiintymyssuhdeteoria nojaa ajatukseen, jonka mukaan varhaislapsuudessa koettu turvallinen tai turvaton suhde lähimpään hoivaavaan aikuiseen vaikuttaa ihmisen elämänkaareissa vielä paljon lapsuusajan jälkeenkin, esimerkiksi siinä kuinka ihminen käyttäytyy lähisuhteissaan. Turvallisesti kiintyneet ihmiset kokevat sekä itsenäisyyden että läheisyyden mukavina asioina. Turvattomasti kiintyneet ihmiset saattavat kokea joko yksin olemisen tai läheisyyden, tai molemmat, ahdistavina. Koska kiintymyssuhteisiin sisältyy olennaisena osana turvallisuuden ja ahdistuneisuuden teemat, se antaa luontevan pohjan tarkastella unihäiriöitä. Unihäiriöiden tiedetään hyvin usein sisältävän samanaikaista ahdistuneisuutta.

Aineisto ja menetelmät:

Interventio: CBASP

Ryhmämuotoinen psykoterapia, joka on nimeltään Cognitive Behavioral Analysis System of Psychotherapy (tästä eteenpäin tekstissä CBASP) on tehokkaaksi osoitettu masennuksen hoitomuoto (Duodecim 2016). CBASP-terapia tähtää masennuksen vähenemiseen lamaavien ajatusmallien huomaamisen ja korjaamisen kautta. Toinen muutokseen tähtäävä tekijä käyttäytymisen muuttaminen (Sayegh, Penberthy & McCullough 2013). Negt ja kumppanit (2016)

ovat tehneet meta-analyysin RCT-tutkimuksista koskien CBASP-terapiaa. Tutkittavat olivat kaikissa sisään otetuissa tutkimuksissa pääsääntöisesti keski-ikäisiä. Valtaosa tutkittavista oli naisia. Meta-analyysi osoitti CBASP-terapian tehokkuuden kroonisen masennuksen hoidossa. Sen sijaan CBASP-terapian käytöstä ikääntyneiden ihmisten masennuksen hoidossa ei juurikaan ole tietoa. Koska yhden pilottitutkimuksen mukaan iäkkäiden henkilöiden ryhmämuotoisesta CBASP-terapiasta 10 viikkoa kestävästä interventio saatiin rohkaisevia tuloksia (Bollman ym. 2016), niin KSSHP:n psykiatrian palvelualueella toteutetaan iäkkäiden CBASP-interventio 10 viikkoa kestävästä. CBASP-istunnot toteutuvat viikoittain 2 tuntia kerrallaan. Yhdessä ryhmässä on kuusi potilasta ja ryhmällä on kaksi vetäjää. Intervention lyhytkestoisuus on perusteltua paitsi tutkimuksen teon taloudellisuuden vuoksi, myös siksi että pitkäaikaisia psykoterapioita on heikosti kansalaisten saatavilla masennuksen hoitona huoltosuhteeltaan jatkuvasti heikkenevässä yhteiskunnassamme.

Tutkimuksen tavoitteet, vastemuuttajat ja asetelma

Tämän tutkimuksen *ensisijainen* tavoite on tuottaa tietoa CBASP-terapian vaikuttavuudesta iäkkäillä masennuspotilailla. Toissijainen tavoite on tuottaa tietoa iäkkäiden henkilöiden kiintymyssuhdetyyliin (attachment style) mahdollisesta yhteydestä ahdistuneisuuteen, itsearvioituun unenlaatuun ja terveyteen liittyvään elämänlaatuun. Ensisijainen vastemuuttaja on masennusoireilu, ja toissijaisina vastemuuttujina kiintymyssuhdetyyli, unen laatu, ahdistuneisuus ja terveyteen liittyvä elämänlaatu (health-related quality of life).

Koska tutkimuksen tarkoitus on tuottaa tietoa *vaikuttavuudesta* (ei tehosta), tutkimusasetelmana käytetään ennen-jälkeen –asetelmaa Koska kyseessä on havainnoiva tutkimus, ei selittävä, ja havainnoitavat ilmiöt ovat enimmäkseen kvalitatiivisia, niin voimalaskelmat eivät ole välttämättömiä. Ei ole myöskään käytettävissä aiempaa viitearvoa toipumiselle, joten siksikään voimalaskelmia ei voi tehdä.

Hypoteesit

Tutkimushypoteesit ovat: 1) CBASP-interventio vähentää iäkkään depressiopotilaan masentuneisuutta ja ahdistuneisuutta, sekä parantaa unenlaatua ja elämänlaatua, 2) Kiintymyssuhdetyyli korreloi koettuihin masennus- ja ahdistuneisuusoireisiin sekä unen- ja elämänlaatuun.

Mittarit ja muu tiedonkeruu

Ensisijaista vastemuuttujaa (masennusta) mitataan myöhäsiän depressioseulalla (GDS-30). Toissijaisia vastemuuttujia (kiintymyssuhdetyyliä, unen laatua, ahdistuneisuutta ja elämänlaatua) mitataan seuraavilla mittareilla: kiintymyssuhdemittari ECR-R (Experiences in Close Relationships Inventory-Revised), unenlaatu Nordic Sleep Questionnaire, ahdistuneisuus Beckin ahdistuneisuuskysely (BAI) ja terveyteen liittyvä elämänlaatu SF-36. Kaikki mittarit toistetaan ennen ja jälkeen CBASP-intervention. Kaikki mittarit ovat itse täytettäviä kyselylomakkeita, joihin masentuneet iäkkäät vastaavat ensimmäisen kerran juuri ennen CBASP-hoidon alkua ja toisen kerran sen päätyttyä. Sairauskertomustiedoista selvitetään tutkittavien käyttämät lääkitykset, lääkärin toteamat sairaudet ja masennuksen osalta sairaushistoria. Näillä tiedoilla on merkitystä, kun selvitetään toipumisessa tapahtuvia mahdollisia yksilöiden välisiä eroja.

Sisäänotto- ja poissulkukriteerit

Sisäänottokriteereinä CBASP-tutkimuksessa käytetään lääkärin toteamaa masennusta (diagnoosit F32, F33 ja F34, poislukien psykoottinen depressio), 60 vuoden ikää sekä muiden merkittävien psykiatristen häiriöiden (kuten psykoosisairauksien ja päihdeongelman), neurologisten häiriöiden (kuten vakava muistihäiriö), ja aistitoimintojen (kuten kuulon) merkittävän aleneman puuttuminen. Ja kääntäen: poissulkukriteereinä ovat lääkärin toteaman masennuksen puuttuminen, psykoosisairaus, päihdeongelma, neurologinen sairaus ja aistitoimintojen merkittävä alenema. Samanaikaiset lääkitykset, mukaan lukien mielialalääkitys, ovat sallittuja. Mainittakoon, että sisäänottokriteerit ja poissulkukriteerit tutkimukseen ovat samat, jotka ovat vakiintuneet kelpoisuuskriteerit myös ryhmämuotoiseen CBASP-hoitoon. Toisin sanoen kaikki CBASP-hoitoon valitut potilaat ovat kelpoisia tutkimukseen. Tutkittavilla ei saa olla samanaikaista muuta psykososiaalista hoitoa. Tosielämässä sitä ei käytännössä tutkittavilla ole, koska sitä ei ole saatavilla.

Rekrytointi

Tutkittavat rekrytoidaan sellaisista KSSH:n psykiatrian palvelualueen vanhustyöryhmän hoidossa olevista potilaista, jotka tulevat saamaan ryhmämuotoisen CBASP-hoidon masennuksen vuoksi. Tutkittavat ovat siis Psykiatrian palvelualueen hoidossa olevia potilaita. KSSH:n Psykiatrian palvelualueen vanhustyöryhmän työntekijät ohjaavat omia masentuneita potilaitaan CBASP-hoitajille (eli CBASP-ryhmän vetäjille) sen arvioimiseksi, että sopisiko CBASP-ryhmähoito kyseiselle potilaalle. Mikäli CBASP-hoitaja toteaa potilaan kelpoiseksi CBASP-hoitoon, hän kertoo potilaalle myös tutkimuksesta ja antaa tutkimustiedotteen, johon potilasta pyydetään tutustumaan rauhassa kotonaan. Mikäli potilas on kiinnostunut osallistumaan tutkimukseen, hän ilmoittaa sen CBASP-hoitajalle puhelimitse, tai omalle työntekijälleen seuraavalla vastaanottokäynnillä. Seuraavalla

vastaanottokäynnillä potilaalta pyydetään kirjallinen suostumus, ja annetaan hänelle kyselylomakkeet täytettäväksi. Potilas palauttaa täytetyt kyselylomakkeet joko omalle työntekijälleen seuraavan vastaanottokäynnin yhteydessä, tai CBASP-ryhmän vetäjälle ennen ensimmäisen istunnon alkamista. CBASP-ryhmä kokoontuu kymmenen kertaa. Viimeisellä käynnillä CBASP-hoitaja antaa tutkittavalle samat kyselylomakkeet kuin alussa, jotka tutkittava palauttaa omalle hoitajalleen seuraavan vastaanottokäynnin yhteydessä.

Aineiston käsittelyn menetelmät

Tutkimusasetelmana CBASP-osiossa on kvantitatiivinen paneeliasetelma. CBASP-osiossa ei siis ole kontrolliryhmää, vaan mittaukset tehdään samoille henkilöille ennen ja jälkeen intervention, jonka jälkeen tarkastellaan mittauskertojen välisiä eroja. Ensisijaista vastemuuttujaa eli masennusta tarkastellaan GDS-30 eli myöhäisiän depressioseulan avulla siten, että mittarin antaman pistemäärän muutos ennen-jälkeen terapiajakson lasketaan. Vastaavasti CBASP-terapian vaikutusta ahdistuneisuuteen tarkastellaan BAI-pistemäärän muutoksella, CBASP-terapian vaikutusta uneen NSQ-pistemäärän muutoksella ja CBASP-terapian vaikutusta terveyteen liittyvään elämänlaatuun SF-36-pistemäärän muutoksella.

Kiintymyssuhdetyylin vaikutusta iäkkään ihmisen hyvinvointiin kartoitetaan kvantitatiivisella poikkileikkausasetelmalla laskemalla korrelaatiokertoimet seuraavien mittareiden antamien pistemäärien välille: 1) ECR-R ja GDS-30, 2) ECR-R ja BAI, 3) ECR-R ja SF-36 ja 4) ECR-R ja NSQ. Tuloksista muodostetaan hajontakuviot.

Tutkimushankkeen merkitys suhteessa nykytietämykseen

Iäkkäiden CBASP-terapiasta depression hoidossa ei ole aiempaa vakuuttavaa tutkimustietoa. Tämä tutkimus paikkaa tätä aukkoa, ja ottaen huomioon Suomen (ja muiden länsimaiden) ikärakenteen, tutkimus on hyvin perusteltu. Iäkkäiden ihmisten kohdalla lääkkeettömien hoitomuotojen kehittäminen on tarpeellista lääkeaineiden erilaisten haittavaikutusten ja iäkkäille tyypillisen monilääkityksen vähentämiseksi. Suhteessa nykytietämykseen tällä tutkimushankkeella saattaa olla merkittävää lisäarvoa myös kiintymyssuhteeseen liittyvän tarkastelun osalta, sillä kiintymyssuhteen vaikutusta iäkkäiden uniongelmiin ei ole juurikaan selvitetty. Tutkimusaihe on yhteiskunnallisesti merkittävä iäkkäiden ihmisten määrän ollessa suuri ja huomioiden iäkkäiden ihmisten uniongelmiin olevan yleisiä. 5% iäkkäistä ihmisistä (yli 65-vuotiaat) kärsii pitkäaikaisesta unettomuudesta (Duodecim 2019). Iäkkäiden ihmisten unettomuuteen liittyy 93%:ssa tapauksista komorbiditeettia ja yleisimmät samanaikaiset sairaudet tai niiden oireet ovat depressio, ahdistuneisuushäiriöt ja heikentynyt fyysinen toimintakyky (Duodecim 2019). Kiintymyssuhdetyylin ja mielialaongelmien

yhteys on aiemmin tiedostettu, mutta unettomuuden ja kiintymyssuhdetyylin välistä yhteyttä iäkkäillä henkilöillä ei. Tutkimushankkeen tavoite tältä osin on tehdä tieteellinen keskustelunavaus sille, voisiko kiintymyssuhdenäkökulma auttaa esimerkiksi lääkkeettömien hoitojen kehittämisessä iäkkäiden univaikeuksiin.

Tutkimuksen avulla syntyvät tutkimustulokset ja niiden tieteellinen vaikuttavuus (mahdollisuus tieteellisiin läpimurtoihin ja tutkimuksen uudistumiseen)

Tämä tutkimus mahdollistaa tieteellisen läpimurron CBASP-terapian vaikuttavuudesta iäkkäillä depressiopotilailla. CBASP-terapian tehokkuudesta aikuisilla on jo vahvaa näyttöä (esim. Negt ym. 2016). Sen sijaan iäkkäiden osalta vakuuttava tutkimustieto puuttuu. Tämä tutkimus vastaa selkeään tutkimustiedon tarpeeseen.

Kiintymyssuhdeteoria on laajasti hyväksytty tieteellinen ajattelutapa, mutta sitä ei ole hyödynnetty iäkkäiden ihmisten hyvinvoinnin edistämiseksi. Tutkimus vastaa Adamsin, Stoopsin ja Skomron (2014) kirjallisuuskatsauksessaan esille tuomaa tiedontarvetta aiheesta. Tiedeyhteisön sisällä tutkimus voi herättää arvokasta keskustelua kiintymyssuhteen merkityksestä iäkkäiden ihmisten hyvinvoinnille.

Tutkimuksen yhteiskunnallinen ja tieteellinen tavoite on tuottaa lisää tieteellisesti todistettua tietoa masennuksen psykologisesta hoidosta iäkkäillä henkilöillä. Tutkimustulokset saattavat johtaa CBASP-terapian laajempaan käyttöön iäkkäillä masennuspotilailla ja näin ollen iäkkäiden henkilöiden masennustilojen monipuolisempaan ja tehokkaampaan hoitoon. Tutkimuksen toinen tieteellinen tavoite on tuottaa tietoa kiintymyssuhdetyylin vaikutuksesta iäkkäiden ihmisten uneen ja ahdistuneisuuteen.

Tämän tutkimuksen tiimoilta mahdollinen jatkotutkimuksen aihe voi olla MEG resting state -mittausten suorittaminen ennen ja jälkeen CBASP-intervention, sillä MDD potilailla ja terveillä verrokeilla on havaittu eroja aivojen konnektiivisuudessa (Nugent ym. 2015). CBASP-terapian vaikutus aivotasolla on tieteellisesti kiinnostava alue.

Jonkin verran epävarmuutta tuloksiin tulee siitä, että tulosmuuttajat ovat tutkittavien itsearviointiin perustuvia. Vaarana on, että interventioryhmän tutkittaville saattaa tulla psykologista painetta miellyttää tutkijoita ja terapian toteuttavaa tahoja antamalla positiivisesti vääristyneitä itsearvioita. Tämän välttämiseksi saatekirje muotoillaan huolellisesti. Voimalaskelmien puuttuminen tässä tutkimuksessa perustellaan sillä, että tutkimus on havainnoiva

Riskien arviointi ja vaihtoehtoinen toteutustapa

Tämän hankkeen kriittisin kysymys on todennäköisesti se, että saadaanko interventoryhmän loppumittauksissa totuudenmukaisia vastauksia, toisin sanoen että tutkittaville ei tulisi paineita miellyttää tutkijoita tai intervention vetäjiä. Tämä riski pyritään minimoimaan huolellisesti muotoillulla tiedotteella. Toinen kriittinen kohta on se, pysyvätkö interventoryhmään kuuluvat mukana koko tutkimuksen ajan.

Tutkimuseettiset kysymykset

Ryhmämuotoisen CBASP-psykoterapian vaikuttavuus iäkkäiden masennukseen on kiinnostava aihe paitsi tieteellisesti, myös käytännön terveydenhuollon kannalta. Iäkkään ihmisen pitkäaikainen masennus voi pahimmillaan heikentää elämänlaatua elämänkaaren loppupäässä kymmeniä vuosia ilman paranemisen toivoa. Ikääntyneen ihmisen kehityspsykologinen tehtävä eli minän eheyden kokemuksen saavuttaminen, voi pitkäaikaisen masennuksen vuoksi vakavasti vaikeutua ja päätyä lopulta epäonnistuneeseen kehityspsykologiseen lopputulokseen eli epätoivoon vaipumiseen. Iäkkäiden masennuksen hoidon kehittäminen tutkimustietoa tuottamalla on siis eettisesti hyvin perusteltua.

Tämä tutkimus on eettisesti tärkeä myös siksi, että iäkkäiden ihmisten pääsy psykoterapiaan on tällä hetkellä käytännössä mahdotonta. Iäkkäiden ihmisten kohdalla esteeksi psykoterapiaan hakeutumiselle tulee se, että heillä ei ole samoja etuisuuksia kuin työikäisillä on. Iäkkäät henkilöt eivät ole oikeutettuja saamaan Kansaneläkelaitoksen (KELA) myöntämää kuntoutuspsykoterapiaa. Myöskään julkinen terveydenhuolto ei nykyisellään systemaattisesti tarjoa psykoterapiahoitoja iäkkäille. Eri ikäiset depressiosta kärsivät henkilöt ovat siis huomattavan eriarvoisessa asemassa. Vastuu iäkkäiden henkilöiden saamasta asianmukaisesti psykoterapiahoidosta tulee olla terveydenhuollossa, jonka tulee tarjota vaikuttavia hoitoja. Laadukas tutkimustieto, johon puheena olevalla tutkimuksella pyritään, edesauttaa iäkkäiden henkilöiden mahdollisuutta saada asianmukaista psykoterapiahoitoa terveydenhuollossa.

Masennuksen yleisyys iäkkäiden keskuudessa on myös painava eettinen peruste tutkia tätä ilmiötä. Depressiosta kärsii yli 75-vuotiaista suomalaisista 8,0%, jota voidaan pitää merkittävänä määränä. Koska masennuksen tiedetään vaikuttavan elämänlaatuun erittäin negatiivisella tavalla, on selvää, että iäkkäiden masennuksen hoitoon tulisi kiinnittää nykyistä parempaa tieteellistä ja praktista huomiota. Iäkkäiden depression yksipuolista hoitoa pelkästään mielialalääkkeillä voi olla osaltaan pitää eettisesti arveluttavana, sillä nuoremmat ikäryhmät saavat monipuolisempaa hoitoa. Edelleen, pelkkä masennuslääkehoito iäkkäille toimii huonommin kuin nuoremmassa ikäryhmissä, koska iäkkäillä henkilöillä on samanaikaisesti muita lääkkeitä, joten kielteisten yhteisvaikutusten

todennäköisyys kasvaa. On eettisesti kestämätöntä, että ensisijaiseksi hoitovaihtoehdoksi jää pelkkä lääkehoito.

Väestörakenteen muutos lisää tarvetta ikääntyneiden hyvinvoinnin tutkimukselle. Eriarvoisuuden vähentämiseksi iäkkäiden ihmisten hyvinvointiin tulee kiinnittää nykyistä enemmän tutkimuksellista huomiota. Terveystieteiden tutkimuksessa toteutettu laadukas tutkimusnäyttö edesauttaa iäkkäiden ihmisten oikeuksia tasavertaiseen hoitoon muiden ikäryhmien kanssa.

Tämä tutkimus toteutetaan eettisesti tarkoituksenmukaisella tavalla. Tietosuojan on kiinnitettävä erityistä huomiota. Tietoturva on tehty erillinen tietoturvariskien itsearviointi ja tiedotteessa tutkittavalle selvitetään henkilötietojen käsittelyn tavat, tutkittavan oikeudet ja selvitetään tahot, joihin tutkittava voi olla yhteydessä tietosuojan liittyvistä asioista. Tutkimukseen osallistuminen perustuu vapaaehtoisuuteen. Tutkittaville selvitetään tiedotteessa tarkasti, mitä hyötyä tai haittaa tutkimuksesta heille voi koitua. Haittojen mahdollisuus tässä tutkimuksessa on minimaalinen.

Voidaan ajatella, että on eettisesti kestämätöntä jättää puheena oleva ilmiö tutkimatta.

Tämän tutkimushankkeen tutkimuseettisiin kysymyksiin kuuluu erityisesti se, kuinka tutkittavien anonymiteetti suojataan nykyisen tietosuojalainsäädännön edellyttämällä tavalla. Tutkimusaineisto on arkaluonteista, koska se sisältää tutkittavien arkaluonteisia terveystietoja. Huomiota tulee kiinnittää myös siihen, että osa käytettävistä mittareista saattaa herättää tutkittavissa psykologisesti epämiellyttäviä muistikuvia ja tuntemuksia. Tutkimustiedotteessa tulee selkeästi ilmaista, että tutkittavilla on oikeus milloin tahansa keskeyttää osallistuminen tutkimukseen ilman, että tästä seuraa tutkittavalle minkäänlaista haittaa. Tutkittavien tietojen anonymiteettiä kiinnitetään huomiota siten, että kaikissa sähköisissä ja kirjallisissa aineistoissa kulkee ainoastaan ID-tunnisteella merkittyä tietoa, ei henkilötietoja missään muodossa. Henkilötietojen ja ID-tunnisteiden yhteislista säilytetään ainoastaan paperiversiona lukkojen takana KSSH:n tiloissa. Kaikilta tutkittavilta pyydetään kirjallinen suostumus tutkimukseen.

Aineistonhallintasuunnitelma

Tutkimuksen aineisto kerätään suorittamalla CBASP-ryhmän tutkittaville mittauksia ennen ja jälkeen intervention, molemmilla kerroilla viidellä eri mittarilla, jotka kaikki ovat tutkittavien itse täyttämiä kyselylomakkeita. Mittarit ovat GDS-30, BAI, ECR-R, SF-36 ja Nordic Sleep Questionnaire. Tutkimuksesta vastaava henkilö (TVH) laatii tietosuojaselosteen, koska tutkimuksessa käsitellään henkilötietoja. Tämä rekisteriseloste on tutkittaville saatavilla pyynnöstä. Tutkimusaineisto suojataan siten, että kaikki asiakirjat yksilöidään ID-tunnisteen avulla, ei missään vaiheessa

henkilötietojen avulla. Ainoa paikka, jossa ID-tunnisteet ja henkilötiedot ovat samassa asiakirjassa, on KSSHP tiloissa lukkojen takana säilytettävä lista, josta tutkija voi selvittää tutkittavien yhteystietoja. Tähän on pääsy ainoastaan vastaavalla tutkijalla.

Tasa-arvon ja yhdenvertaisuuden edistäminen

Tutkimushanke edistää tasa-arvoa ja yhdenvertaisuutta yhteiskunnassa tutkimalla iäkkäiden ikäryhmässä henkistä hyvinvointia edistävää interventiota. Iäkkäiden ihmisten henkisen hyvinvoinnin tukeminen psykoterapian keinoin vähentää eri ikäryhmien eriarvoisuutta, sillä iäkkäiden ihmisten psykoterapia on jäänyt työikäisten psykoterapiaan nähden vähemmälle huomiolle niin tieteellisesti kuin käytännössäkin. Näin ollen tutkimus tähtää eriarvoisuuden vähenemiseen ja terveyserojen tasaamiseen.

Hakijan ja tutkimusryhmän kompetenssit

a. Hankkeen kannalta hakijan keskeiset ansiot

Hakija on filosofian maisteri pääaineena psykologia, ja hakijalla on pitkä kokemus käytännön työstä ikääntyvien ihmisten terveydenhuollosta. Hakija opiskelee gerontologiaa ja kansanterveyttä terveystieteiden maisteriohjelmassa.

b. Hankkeen liittyminen hakijan aiempaan tai muuhun koulutukseen ja kokemukseen (tai tutkimukseen)

Hakijan osaaminen keskittyy geropsykologiaan aiemman koulutuksen ja työkokemuksen pohjalta.

c. Hakijan oman (tutkijan) uran edistäminen

Tutkimushanke toimii väitöskirjan toteuttamiseksi, joten se mahdollistaa tutkijan peruskoulutuksen ja lisää hakijan taitoja tutkimuksenteon eri vaiheista.

d. Tutkimusryhmä ja yhteistyötahot

Hankkeen toteuttamisen kannalta keskeisimmät yhteistyötahot ovat Keski-Suomen Sairaanhoidopiiri (KSSHP), Itä-Suomen yliopisto ja Helsingin yliopiston lääketieteellinen tiedekunta. Perusteet yhteistyötahojen valinnalle ovat seuraavat: maantieteellinen sijainti, tutkimusaineiston saatavuus, laaja-alainen osaaminen psykologian ja psykiatrian tieteenaloista

sekä yhteistyötahojen tunnettuus. Tutkimusryhmän yksi jäsen (professori Hannu Koponen) on Helsingin yliopiston psykiatrian professori (professuurin ala psykogeriatría).

e. Tutkimusympäristö

Tutkimusympäristö on otollinen, sillä saatavilla on monipuolisesti psykiatrian ja geriatrian osaamista. Tutkimusaineiston hankinta on yhteistyötahojen ansiosta sujuvaa.

Yhteiskunnalliset vaikutukset ja vaikuttavuus

a. Vaikutukset ja vaikuttavuus tiedeyhteisön ulkopuolella

Tutkimuksen tulokset ovat kiinnostavia paitsi tiedeyhteisön sisällä, myös terveydenhuoltoalalla ja yhteiskunnallisesti. Ikääntyneiden psyykkiset ongelmat aiheuttavat terveydenhuollon kustannuksia ja ovat siten yhteiskunnallinenkin ongelma. Terveydenhuollon osalta iäkkäiden ihmisten jatkuvaluonteiset univaikeudet, masentuneisuus ja ahdistuneisuus kuormittavat paitsi potilaita itseään, myös aiheuttavat ruuhkautumista lääkäreiden vastaanotoille. Hoitovalikoiman kapeus ja tuloksettomuus turhauttaa potilaita ja ammattilaisia. Tutkimustulos voi auttaa kehittämään ammatillisia käytäntöjä ja lisätä psykoterapian käyttöä iäkkäiden depression hoidossa. Tutkimustulos voi myös rakentaa maailmankuvaa ja sivistystä yleisessä univaikeuksia koskevassa keskustelussa siten, että univaikeuksien moniulotteinen luonne tulee paremmin ymmärretyksi. Sivistyksen kannalta ansiokasta on myös se, että lapsuuden kasvuolosuhteiden pitkäaikaiset vaikutukset ymmärrettäisiin paremmin. Tutkimus tuottaa hyvinvointia tukemalla ihmisten mahdollisuuksia hyvinvoinnin lisäämiseen vielä korkealla iälläkin. Tämä itsessään on arvokasta.

b. Kestävän kehityksen periaatteiden huomioonottaminen

Tutkimushanke edistää ihmisten yhdenvertaisia mahdollisuuksia hyvinvointiin kestävän kehityksen periaatteiden mukaisesti. Eri ikäryhmien huomioon ottaminen ja interventioiden kehittäminen kaikille ikäryhmille tasapuolisesti on yksi keino tasa-arvoistaa kaikenikäisten hyvinvointia yhteiskunnassa.

c. Tutkimustuloksista viestiminen laajemmalle kohdeyleisölle

Tutkimuksen tulokset viestitään laajemmalle kohdeyleisölle käyttämällä tieteellisten julkaisuforumien lisäksi asianmukaista sosiaalista mediaa asianmukaisella tavalla.

Julkaisusuunnitelma

Tutkimuksesta aiotaan julkaista 3 tieteellistä artikkelia:

- 1) 12 viikkoa kestävä CBASP-ryhmäintervention vaikuttavuus masennukseen, ahdistuneisuuteen, unenlaatuun ja terveyteen liittyvään elämänlaatuun iäkkäillä masentuneilla potilailla
- 2) Kiintymyssuhdetyylin yhteys iäkkäiden henkilöiden masennukseen ja siitä toipumiseen 12 viikkoa kestävä CBASP-ryhmäintervention aikana
- 3) Iäkkäille masennuspotilaille toteutetun ryhmämuotoisen, 12 viikkoa kestävä CBASP-intervention yhteys terveydenhuoltopalveluiden käyttöön interventiota seuraavan vuoden aikana

Lähdeluettelo

Adams, Stoops & Skomro. Sleep tight: Exploring the relationship between sleep and attachment style across the life span. *Sleep Medicine Reviews*. 18 (2014) 495-507

Ainsworth M, Blehar M, Waters E, Wall S: Patterns of Attachment: A Psychological Study Of The Strange Situation. 1978, Hillsdale, N.J., Erlbaum

Bollmann, S., Schuler, M., Hauptenthal, S., Zetsche, T., & Brakemeier, E. L. (2015). Psychotherapie im Alter: Das Cognitive Behavioral Analysis System of Psychotherapy (CBASP) für chronisch depressive ältere Patienten. *PTT: Persönlichkeitsstörungen Theorie und Therapie*.

Bowlby J: Attachment and Loss: Vol 1: Attachment. 1969, New York, Basic Books

Cuijpers, P., van Straten, A., & Smit, F. (2006). Psychological treatment of late-life depression: a meta-analysis of randomized controlled trials. *International Journal of Geriatric Psychiatry: A journal of the psychiatry of late life and allied sciences*, 21(12), 1139-1149.

Higgins JPT, Green S (editors). *Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions Version 5.1.0* [updated March 2011]. The Cochrane Collaboration, 2011. Available from www.handbook.cochrane.org.

Kurlowicz, L., & Greenberg, S. A. (2007). The geriatric depression scale (GDS). *AJN The American Journal of Nursing*, 107(10), 67-68.

Lindsey, P. L. (2009). Psychotropic medication use among older adults: what all nurses need to know. *Journal of gerontological nursing*, 35(9), 28-38.

Markkula, N & Suvisaari, J. (2017). Masennushäiriöiden esiintyvyys, riskitekijät ja ennuste. *LÄÄKETIETEELLINEN AIKAKAUSKIRJA DUODECIM*. 2017;133(3):275-82.

Negt, P., Brakemeier, E. L., Michalak, J., Winter, L., Bleich, S., & Kahl, K. G. (2016). The treatment of chronic depression with cognitive behavioral analysis system of psychotherapy: a systematic review and meta-analysis of randomized-controlled clinical trials. *Brain and behavior*, 6(8), e00486.

Niko Verdecias, R., Jean-Louis, G., Zizi, F., Casimir, G. J., & Browne, R. C. (2008). Attachment styles and sleep measures in a community-based sample of older adults. *Sleep medicine*, 10(6), 664-7.

Nugent, A. C., Robinson, S. E., Coppola, R., Furey, M. L., & Zarate Jr, C. A. (2015). Group differences in MEG-ICA derived resting state networks: application to major depressive disorder. *Neuroimage*, 118, 1-12.

Unettomuus. Käypä hoito -suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Unitutkimusseura ry:n asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim, 2017 (viitattu 7.3.2019).

Saatavilla internetissä: www.kaypahoito.fi

Depressio. Käypä hoito -suositus Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Psykiatriyhdistys ry:n asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim, 2016 (viitattu 4.6.2019).

Saatavilla internetissä: www.kaypahoito.fi