

Opiskelijan Kompassin vaikutus korkeakouluopiskelijoiden koettuun masennukseen

Jessica Koistinen

Opinnäytetyö
kesäkuu 2020
Sosiaali- ja terveysala
Sosionomi (AMK)

Tekijä(t) Koistinen, Jessica	Julkaisun laji Opinnäytetyö, AMK	Päivämäärä kesäkuu 2020
	Sivumäärä 57+4	Julkaisun kieli Suomi
		Verkkojulkaisulupa myönnetty: x
Työn nimi Opiskelijan Kompassin vaikutus korkeakouluopiskelijoiden koettuun masennukseen		
Sosionomi (AMK)		
Työn ohjaaja(t) Kiiskilä Taja, Honkanen Kati		
Toimeksiantaja(t)		
<p>Tiivistelmä</p> <p>Opinnäytetyö toteutettiin suomalaisessa korkeakoulussa, jossa vapaavalintaiselle opintojaksolle osallistuneet opiskelijat kävivät läpi Opiskelijan Kompassi hyvinvointiohjelman. Opiskelijan Kompassi on hyväksymis- ja omistautumisterapiaan pohjautuva verkko-interventio.</p> <p>Opinnäytetyön tarkoitus oli arvioida Opiskelijan Kompassi-ohjelman vaikuttavuutta ja toimivuutta opiskelijoiden koetun masennuksen ehkäisijänä. Tavoite oli aineiston avulla selvittää koetun masennuksen muutoksia opiskelijoilla. Opinnäytetyöhön saatiin valmis aineisto, joka kerättiin opintojaksolla korkeakoulussa. Aineistona toimi PHQ-9 -kysely ja sen avulla saatiin vastaukset tutkimuskysymyksiin.</p> <p>Opinnäytetyö tehtiin määrällisen tutkimuksen keinoin. Aineistosta muodostettiin havaintomatriisi ja sen avulla laskettiin tunnus- ja hajontalukuja sekä tehtiin ristiintaulukointi. Tunnusluvuista tarkastelussa olivat keskiarvo, moodi ja mediaani. Hajontaluvuista laskettiin variaatiosuhde ja vaihteluväli. Koetusta masennuksesta laskettiin keskiarvot. Alkumittauksen keskiarvo oli 6,3, joka osoitti, että keskimäärin opiskelijat kärsivät lievästä masennuksesta. Loppumittauksen keskiarvo oli 4,65, joka osoitti luokkaa: ei masennusta.</p> <p>Tuloksista voitiin päätellä, että Opiskelijan Kompassi on toimiva keino opiskelijan koetun masennuksen ehkäisijänä. Koettu masennus laski yli puolella opiskelijoista. Tuloksista havaittiin myös, että Opiskelijan Kompassin hyöty oli suurinta niille, jotka kärsivät kohtalaisesta koetusta masennuksesta. Opinnäytetyön tulokset jatkavat samaa linjaa, kuin yliopistotason tutkimukset Kompassiohjelmasta ja kansainvälisen tason tutkimukset muiden verkko-interventioiden hyödyistä.</p>		
<p>Avainsanat (asiasanat)</p> <p>Opiskelijan Kompassi, masennus, depressio, hyväksymis- ja omistautumisterapia, internet interventio, hyvinvointiohjelma</p>		
<p>Muut tiedot (Salassa pidettävät liitteet)</p>		

Author(s) Koistinen, Jessica	Type of publication Bachelor's thesis	Date June 2020 Language of publication: Finnish Permission for web publication: x
Title of publication Students Compass's effectiveness to university student's subjective depression		
Degree programme Social Services (AMK)		
Supervisor(s) Kiiskilä Taja, Honkanen Kati		
Assigned by		
<p>Abstract</p> <p>The thesis was implemented in Finnish university where students went through a well-being program called Student's Compass. The Student's Compass is an online intervention based on acceptance and commitment therapy.</p> <p>The purpose of the thesis was to evaluate the effectiveness and functionality of the Student's Compass in preventing students' perceived depression. The aim was to examine the changes in depression with the help of the material. The data for the thesis was collected during the well-being program, and it was given to the author. The data was collected by using a PHQ-9 -questionnaire in which the answers to the research questions were found.</p> <p>The thesis had a quantitative research approach. An observation matrix was created based on the given data. With the help of the matrix, key figures and dispersion values were calculated, and cross tabulation was formed. Average, mode and median were in the calculated key ratios. The variation ratio and range were calculated based on the dispersion values. The average of the perceived depression level was calculated. The average of the first measurement was 6.3, which indicated that on average the students suffered from a mild perceived depression. In the second measurement, the average was 4.65, which indicated that on average the students did not suffer from depression.</p> <p>According to the results, the Student's Compass was a functional and effective way to prevent perceived depression. The depression decreased with over half of the students. Moreover, the students who had moderate depression benefitted most from the Student's Compass. The results of the thesis are in line with other studies on the Student's Compass made in universities as well as with international studies on the use of online interventions of acceptance and commitment therapy.</p>		
Keywords/tags (subjects) Student's Compass, depression, acceptance- and commitment therapy, internet intervention,		
Miscellaneous (Confidential information)		

Sisältö

1	Johdanto	3
2	Hyvinvointi	4
2.1	Subjekttiivinen hyvinvointi	4
2.2	Opiskelijoiden hyvinvointi	8
3	Masennus	10
3.1	Masennuksen ilmeneminen	10
3.2	Esiintyvyys	13
3.3	Opiskelijoiden kokema masennus	14
3.4	Masennuksen hoito	15
4	Hyväksymis- ja omistautumisterapia	18
4.1	Hyväksymis- ja omistautumisterapian tausta ja tarkoitus.....	18
4.2	HOT-toimintaperiaate	19
4.3	Psykologinen joustamattomuus	20
5	Opiskelijan Kompassi	22
6	Tarkoitus, tavoite ja tutkimuskysymykset	25
7	Opinnäytetyön toteuttaminen	25
7.1	Menetelmä ja aineiston keruu	25
7.2	Aineiston analyysi	28
8	Tulokset	32
8.1	Alku- ja loppumittaukset.....	32
8.2	Tulokset masennusluokkien sisällä	38
9	Johtopäätökset	39
10	Pohdinta	42
10.1	Eettisyys ja luotettavuus	45
10.2	Jatkotutkimusaiheet	48

Lähteet	50
Liitteet	58
Liite 1. PHQ-9 -Kysely	58
Liite 2. Aineistohallinnan suunnitelma	60

Kuviot

Kuvio 1. Maslown tarvehierarkia (McLeod, S. A. 2007. Maslow's Hierarchy of Needs).	7
Kuvio 2. 4S-malli (Salmela-Aro&Nurmi 2017, 33)	8
Kuvio 3. Depressiojäävuori (Alkuperäinen mukailtu Achté, K., Tamminen, T. 1993, 35)	13
Kuvio 4. Psykologinen joustamattomuus (Hayes, S. ym. 2007, 12)	21

Taulukot

Taulukko 1. Havaintomatriisi.....	30
Taulukko 2. Tunnuslukujen arvot sekä esiintyvyys alku- ja loppumittauksissa ...	33
Taulukko 3. Masennusluokat ja niihin sijoittuvien opiskelijoiden suhteellinen määrä	34
Taulukko 4. Masennusluokissa tapahtuneet muutokset prosentuaalisesti	35
Taulukko 5. Vastausprosentit PHQ-9 -kyselyn kysymykseen 3	36
Taulukko 6. Vastausprosentit PHQ-9 -kyselyn kysymykseen 4	37
Taulukko 7. Vastausprosentit PHQ-9 -kyselyn kysymykseen 5	37
Taulukko 8. Koetun masennuksen keskiarvot masennusluokkien sisällä.....	38
Taulukko 9. Moodit ja niiden esiintyvyys masennusluokkien sisällä.....	39

1 Johdanto

Opiskelijoiden mielenterveysongelmien on todettu lisääntyneen edellisinä vuosina reilusti. Varsinkin nuoret opiskelijat kärsivät yhä enemmän ahdistuksesta ja masennuksesta. Väestötutkimuksen mukaan 40% nuorista aikuisista kertoo kärsineensä elämänsä aikana jostakin mielenterveyden häiriöstä (Opiskelijoiden mielenterveys, 2019.) Vuoden 2016 korkeakouluopiskelijoiden terveystutkimuksen mukaan diagno-soitu masennus ja ahdistushäiriö olivat lähes kolminkertaistuneet opiskelijoilla, ver-rattuna vuoteen 2000 (Kunttu, Pesonen, Saari 2016, 83-84).

Neljän vuoden välein tehtävän korkeakouluopiskelijoiden terveystutkimuksen mu-kanaan mielenterveyden ongelmat ja mielenterveyspalveluiden käyttömäärät ovat kas-vaneet vuodesta 2000 vuoteen 2016. Mielenterveysongelmien lisääntyminen ja kas-vava palveluntarve voi kertoa, että palvelut voivat olla jollain tasolla riittämättömiä tai kykenemättömiä vastaamaan kasvaviin mielenterveyden ongelmiin korkeakoulu-opiskelijoilla. Terveystutkimuksissa näkyy opiskelijoiden terveyspalveluiden hyödyn-tämisessä digi- ja puhelinpalveluiden käytön yleistymisen sekä kasvokkaisten tervey-denhoitaja tai lääkärikäyntien vähentyminen. (Kunttu ym. 2016, 84-85.)

Opinnäytetyö käsittelee Opiskelijan Kompassi -verkkointervention vaikutusta koet-tuun masennukseen. Opiskelijan Kompassi on Jyväskylän Yliopistossa kehitetty verk-kopohjainen hyvinvointiohjelma, jonka tavoitteena on edistää opiskelijoiden psyyk-kistä hyvinvointia ja ehkäistä mielenterveysongelmia (Opiskelijan Kompassi – verkko-pohjainen hyvinvointiohjelma N.d.). Opiskelijan Kompassi järjestettiin suomalaisessa korkeakoulussa osana vapaavalintaista opintojaksoa, jonka alussa ja lopussa opiskeli-jat vastasivat PHQ-9 masennuskyselyyn. Näiden kyselyiden muodostaman aineiston perusteella opinnäytetyö tarkasteli muutoksia koetussa masennuksessa.

Tutkimuksellisen opinnäytetyön tarkoituksena on arvioida Kompassiohjelman toimi-vuutta opiskelijoiden koetun masennuksen ehkäisijänä. Matalan kynnyksen verkkoin-terventioista voi olla tulevaisuudessa apua kasvavan palvelutarpeen täyttämässä. Opinnäytetyön tavoite on selvittää koetun masennuksen muutoksia aineiston avulla. Määrällinen tutkimus analysoidaan tarkastelemalla vastauksista haettavia määrällisiä

tunnus- ja hajontalukuja. Opiskelijan Kompassi voi olla seuraava vakiintuva käytäntö, joka vastaa opiskelijoiden kasvavaan mielenterveyspalveluiden tarpeeseen.

2 Hyvinvointi

2.1 Subjektiiivinen hyvinvointi

Hyvinvointi on jokaiselle ihmiselle koettu eli subjektiivinen käsite. Jokainen ilmentää yksilöllisesti omaa hyvinvointiaan tai vastakohtaisesti pahoinvointiaan. Hyvinvointia voi siksi olla vaikea määritellä yhteen lokeroon. (Ranta-Tyrkkö, Ropo n.d., 7.) Suomalainen Terveyden ja Hyvinvoinnin laitos (THL) määrittelee hyvinvoinnin osatekijöitä seuraavanlaisesti: kokonaisvaltaisen hyvinvoinnin osatekijöitä ovat terveys, materiaallinen hyvinvointi ja koettu hyvinvointi eli elämänlaatu. Lisäksi yksilön hyvinvointiin vaikuttavia tekijöitä ovat onnellisuus, sosiaaliset suhteet, sosiaalinen pääoma, omanarvontunto ja mielekäs tekeminen. (Hyvinvointi 2019.)

Hyvinvointiteoriat saavat pohjansa ihmiskäsityksistä, joissa otetaan kantaa siihen, mitä ihminen olennaisesti on. Esimerkiksi humanistinen ihmiskäsitys korostaa ihmisarvoa ja inhimillisyyttä, kun taas naturalistinen käsitys kuvaa ihmisen luonnon olentona ja liitoksissa luontoon. (Hirvilammi 2015, 22.) Hyvinvointiteorioista hedonistiset teoriat kuvaavat subjektiivista hyvinvointia. Hedonistiseen hyvinvointitutkimuksen perinteeseen kuuluu käsitys hyvinvoinnista subjektiivisena onnellisuuden tunteena ja kokemuksena, jota leimaa positiivinen mieliala. Tyytyväisyys on yhteydessä siihen, että ihmisellä on tarvittavat kyvyt ja resurssit toteuttaa halujaan. (Ryan & Deci 2001.)

Diener ja Suh (N.d.) liittävät yksilön subjektiivisen hyvinvoinnin kokemuksiin onnellisuudesta, autonomiasta sekä tyytyväisyydestä elämänlaatuun, kuten hedonistiseen tutkimusperinteeseen kuuluu. He toteavat myös, että hyvinvoinnin määrittäminen on kulttuurisidonnaista ja subjektiivinen hyvinvointi heijastelee aina alueen kulttuurista kumpuavia arvoja. Esimerkiksi joissain kulttuureissa rakkaus kuvaa hyvinvointia

paremmin kuin taloudellinen pärjääminen. Joissain kulttuureissa esimerkiksi tasa-arvoa pidetään hyvinvointia parhaiten määrittävänä tekijänä. Näin ollen hyvinvoinnin määrittämistä vaikeuttavat erilaiset kulttuurista nousevat arvonäkemykset ihmisen hyvinvoinnista. (Diener & Suh N.d., 4-5.) Lisäksi Shiah, Chang, Chiang ja Tam (2016) tutkivat kulttuurin merkitystä subjektiiviseen hyvinvointiin. Tutkimuksen mukaan maailman läntisissä ja itäisissä uskontokulttuureissa subjektiivista hyvinvointia koetaan eri tavoilla. Esimerkiksi buddhalaisuudessa subjektiivista hyvinvointia tutkimuksen mukaan koetaan eniten. (Shiah ym. 2016, 1267.)

Hyvinvointia jäsenetään subjektiivisen kokonaisvaltaisen hyvinvoinnin rinnalla eri kategorioiden kautta. Esimerkiksi mielen hyvinvointi nostetaan usein irralliseksi hyvinvoinnin osa-alueeksi. Kokko (2017) toteaa, että mielen hyvinvointi käsitetään usein pahoinvoinnin puutoksena. Mielen pahoinvointia voi ilmentää esimerkiksi masennus. Mielen hyvinvointiin liitetään Kokon mukaan myös sosiaalinen hyvinvointi, johon kuuluu esimerkiksi elämän tarkoituksellisuus, itsensä toteuttaminen sekä ympäristön tarjoama hyväksyntä. (Kokko 2017.) Nämä ovat linjassa edellä mainitun THL:n määritelmän kanssa. Kokko (2017) sekä Diener ja Suh (N.d.) molemmat ilmaisevat hedonistisen perinteen mukaan, että hyvinvoinnin positiivisiin osatekijöihin kuuluu emotionaalinen hyvinvointi, kuten tyytyväisyys elämään ja onnellisuus. Kokko kuitenkin liittää tämän mielen hyvinvointiin ja Diener ja Suh puhuvat subjektiivisesta kokonaisvaltaisesta hyvinvoinnista. (Kokko 2017; Diener & Suh, 3-11.)

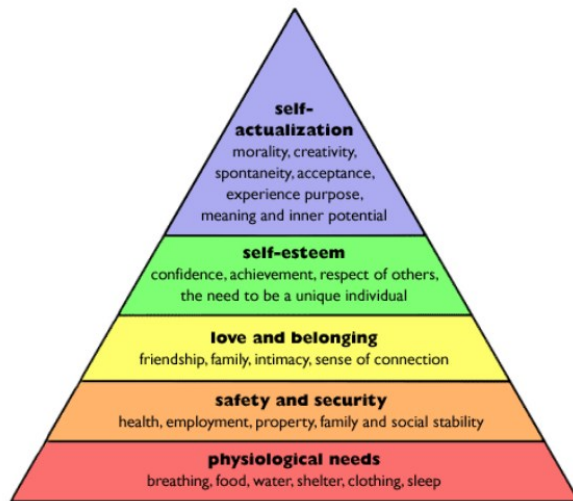
Elyirmaz (2011) arvioi tutkimuksessaan subjektiivista hyvinvointia lisäävien strategioiden ja elämäntavoitteiden vaikutusta subjektiiviseen hyvinvointiin, tyytyväisyyteen ja onnellisuuteen. Tutkimuksen mukaan hyvinvointia lisäävät strategiat, kuten urapolkujen selvittäminen, lisäsivät subjektiivisen hyvinvoinnin kokemusta sekä tyytyväisyyttä ja onnellisuutta. Elämäntavoitteiden määrittely kasvatti subjektiivista hyvinvointia. (Elyirmaz 2011, 49.)

Kliinisesti ja lääketieteellisesti hyvinvointi ja terveys liitetään usein tilaan, jossa havaittavaa ja diagnosoitavaa sairautta ei ole. Hyvinvoinnin osatekijät ovat silti vahvasti yksilön itsensä kokemia. (esim. THL 2019; Kokko 2017; Diener & Suh N.d.; Ryan &

Deci 2001.) Esimerkiksi yksinäisyyttä koetaan eri tavalla yksilön mukaan. Jokainen kokee ja arvioi omaa hyvinvointiaan omalla tavallaan, ja siksi subjektiivinen hyvinvointi voidaan ymmärtää yleisenä tyytyväisyytenä omaan elämään ja sen kaikkiin osatekijöihin (Rahikainen 2016, 7).

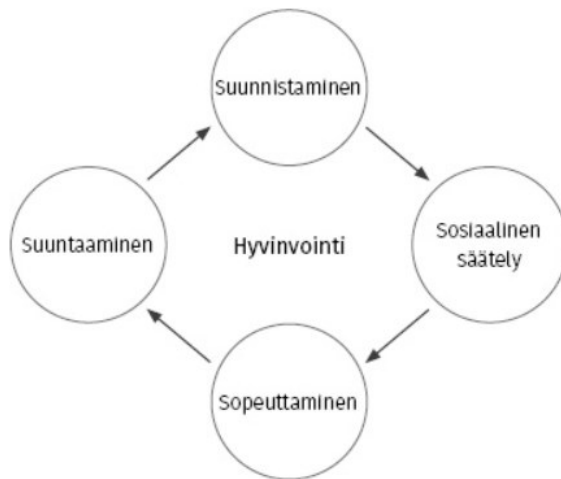
Nussbaumin (2011) toimintamahdollisuuksien teorian mukaan ihmisen subjektiiviseen hyvinvointiin vaikuttavat ihmisen mahdollisuudet siitä, mitä hän voisi tehdä. Ihmisen kokemat mahdollisuudet elämässä ovat olennaisia hyvinvoinnille. Teoriassa olennaista on kysymys: Mitä jokainen ihminen voisi olla ja voisi tehdä? Teoria korostaa sitä, että hyvinvointi ei ole vain hyvinvointia tukevien asioiden tasainen määrä elämässä, vaan hyvinvointi on jatkuva ja muovautuva kokonaisuus ihmisten mahdollisuuksien muuttuessa jatkuvasti. (Nussbaum 2011, 17-18.)

Maslown tarvehierarkiaa on kutsuttu hedonistisen perinteen teoriaksi, jolla voidaan kuvata ihmisen subjektiivista hyvinvointia. Maslown tarvehierarkiaa on käytetty myös hyvinvoinnin ja onnellisuuden määrittelemiseen. Maslown tarvehierarkia on yksi keino ilmentää kokonaisvaltaisen hyvinvoinnin rakentumista. Tarvehierarkian ideana on näyttää pyramidissa, mitä ihminen yksilönä tarvitsee ollakseen hyvinvoiva ja onnellinen. Kuviossa 1 on esitetty kyseinen hierarkiajärjestys. Pohjan ja perustan kuvassa hyvinvoinnille muodostavat perustarpeiden tyydyttäminen. Tämän jälkeen esiin nousevat turvallisuus, rakkaus ja hyväksyminen, itsetunto ja viimeiseksi itsensä toteuttaminen. (Maslow 2014, 8-19.)



Kuvio 1. Maslown tarvehierarkia (McLeod, S. A. 2007. Maslow's Hierarchy of Needs).

4S-malli kuvaa tavoitteiden säätelyyn liittyvän prosessin ja liittää sen subjektiiviseen hyvinvointiin. Alla olevassa kuviossa (kuvio 2) on esitetty 4S-malli. Tavoitteiden säätelyyn kuuluu suuntaaminen, suunnistaminen, sosiaalinen säätely sekä sopeuttaminen. 4S-mallin mukaan ihmisen sellaiset tavoitteet, jotka auttavat tulevien ongelmien, haasteiden ja kehitystehtävien ratkaisussa, johtavat psyykkiseen hyvinvointiin. Henkilökohtaisten tavoitteiden sopeuttaminen ympäristön vaatimuksiin lisää koettua psyykkistä hyvinvointia ja vähentää masennusta. Päinvastoin ympäristön ja ihmisen kehitystehtävien vaatimusten huomiotta jättäminen vähentää psyykkistä hyvinvointia. Ihmisillä on rajalliset resurssit, joten suuntautuminen ja sitoutuminen tiettyihin tavoitteisiin auttaa jaksamaan ja lisäämään mielenkiintoa ja iloa elämään. (Salmela-Aro & Nurmi 2017, 39.)



Kuvio 2. 4S-malli (Salmela-Aro&Nurmi 2017, 33)

2.2 Opiskelijoiden hyvinvointi

Ensimmäistä tutkintoaan suorittavat korkeakouluopiskelijat ovat usein 19-25 -vuotiaita. Nämä opiskelijat elävät niin kutsuttua muotoutuvaa aikuisuutta. Arnett (2015) esitteli muotoutuvan aikuisuuden teorian vuonna 2000. Arnettin mukaan muotoutuvan aikuisuuden ikävaiheeseen kuuluu viisi eri piirrettä. Teorian viisi piirrettä ovat oman identiteetin etsiminen, epävarmuus, keskittyminen itseän, tunne jonkin välissä olemisesta sekä tunne siitä, että omat mahdollisuudet ovat rajattomat. (Arnett 2015, 22.) Arnett huomioi, että hyvinvoinnin näkökulmasta aikuisuuden itsenäisyys, identiteetin etsiminen ilman tiedostettua päämäärää sekä välitilan kokeminen voivat olla muotoutuvan aikuisuuden oivalluksen hetkiä, mutta myös kipupisteitä. Muotoutuva aikuisuus on positiivinen elämänvaihe, mutta tämä vaihe voi olla nuorelle opiskelijalle stressitekijä, joka vaikuttaa hyvinvointiin. Tietämättömyys omasta tulevaisuudesta ja turvallisuudesta voi johtaa ahdistuneisuuteen ja siihen että muotoutuva aikuinen ei koe olevansa hyvinvoiva. (Arnett 2015, 332.)

Ihmisen jokaiseen ikävaiheeseen kuuluu kehitystehtäviä. Kehitystehtävät voivat olla keskeisiä elämän siirtymätilanteita, kuten opiskelu, uuden työn aloittaminen, omilleen muuttaminen tai perheen perustaminen. (Salmela-Aro & Nurmi 2017, 33.) Salmela-Aron ja Nurmen (2017) mukaan kehitystehtävät ovat ihmiselle vaatimuksia,

haasteita ja mahdollisuuksia. 19-25 -vuotiaat opiskelijat kuuluvat usein nuoruuden tai varhaisaikuisuuden ikävaiheeseen. Tämän ikävaiheen kehitystehtäviä voivat olla koulutuspolun valitseminen, työelämään valmistautuminen tai sen aloittaminen sekä perheen tai parisuhteen perustaminen. (Salmela-Aro & Nurmi 2017, 35.) Edellä mainitun 4S-mallin mukaan opiskelijan tulisi suunnata ja suunnistaa kohti sellaisia tavoitteita, jotka vievät kohti kehitystehtävien ratkaisua. Kehitystehtävistä selviäminen kasvattaa hyvinvointia. (Salmela-Aro & Nurmi 2017, 33-39.)

Opiskelijat kokevat ikävaiheen kehitystehtävät ja haasteet omalla tahdillaan. Muuttuvassa aikuisuudessa kypsymiseen vaikuttavat yksilölliset tekijät. 20-30 vuoden iässä opiskelijat kehittyvät fyysisesti huippuunsa, esimerkiksi näköaisti on parhaimmillaan 20 vuoden ikäisenä. Psyykkisesti opiskelijat kasvavat läpi koko opiskeluajan. Opiskelija sekä kasvaa, että kehittyy opintojensa aikana. Kasvaminen liittyy persoonan ja identiteetin löytämiseen ja kehittyminen liittyy ajattelun muovautuvuuteen opiskeluaikana. (The growth and development of college students 2010, 133-136.)

Rahikainen (2016) toteaa, että opiskelijan päivittäiseen hyvinvointiin voivat vaikuttaa kaikki samat asiat, kuin kenen tahansa muun ihmisen. Sosiaaliset suhteet, talous, työt, mielekäs tekeminen ja omanarvontunto voivat vaikuttaa niin opiskelijan, kuin kenen tahansa muun hyvinvointiin. Tavallisimpia opiskelijan hyvinvointiin vaikuttavia tekijöitä ovat opiskeluympäristö, fyysinen terveys, uni sekä opiskelun psyykinen kuorma. Opiskelijoiden uupumus, masennus ja ahdistus on ollut kasvussa 2000 luvun alusta asti. Opiskelu-uupumus ja opiskelun aiheuttama stressi näkyvät usein väsymyksenä, kyynisyytenä ja opintojen merkityksen vähenemisenä. Opiskelija voi tuntea riittämättömyyttä opinnoissaan ja pahimmillaan pitkittyneet oireet johtavat psyykkisiin sairauksiin sekä opintojen keskeyttämiseen. (Rahikainen 2016, 14-23.) Nämä tekijät voivat johtua Arnettin (2015, 22) mainitsemista ikävaiheen kehitystekijöistä ja vaiheista tai esimerkiksi opintojen kuormasta.

Opiskelijoiden psyykinen pahoinvointi voi olla yhteydessä aikuistumisen vaikutuksiin ja sen tuomiin elämänmuutoksiin (Rahikainen 2016, 14-23; Arnett 2015, 22). Psyykinen pahoinvointi voi lisääntyä muotoutuvassa aikuisuudessa. Esimerkiksi masennuk-

sen oireet voivat muotoutua aikuisuuden kehittyessä ja itsenäisen aikuiselämän alkamassa. (Rahikainen 2016, 20.) Opiskelijat voivat pelätä yksinäisyyttä, ulkopuolelle jäämistä ja opinnoissa pärjäämistä. Opintojen kuorma, uudet oppimisympäristöt ja tavat sekä muut elämän vastuut tulevat itselle hoidettaviksi. Monilla opiskelijoilla huoli taloudellisesta tilanteesta, asumisesta, parisuhteesta ja muutokset näissä elämäntilanteissa voivat aiheuttaa lisästressiä sekä ahdistusta ja masennusta itse opiskelun ohelle. (Meriläinen 2013, 15-18.)

3 Masennus

3.1 Masennuksen ilmeneminen

Lääketieteellisesti depressio eli masennus määritellään monimuotoisena ja moniasteisena psyykkisenä häiriönä ja se syntyy usein pitkällä aikavälillä (Luhtasaari 2009, 10). Masennus tarkoittaa häiriötä, jossa mieliala on masentunut ja mielenkiinto sekä mielihyvän tunteminen vähentyneet. Jos oire on huomattavissa yhtäjaksoisesti kaksi viikkoa ja havaittavissa on muita samanaikaisia oireita, voidaan puhua masennuksesta. Masennustilalle tyypillisiä samanaikaisia oireita ovat unettomuus tai lisääntynyt unen tarve, väsymys tai voimattomuus, syyllisyyden tunteet, keskittymisen ja ajattelun vaikeudet, itsetuhoiset ajatukset sekä merkittävä painon nousu tai lasku. Hetkellinen masentuneisuus tai alakuloisuus ei ole osoitus masennuksesta ja varsinaisen masennustilan diagnosointi edellyttää useita päällekkäisiä oireita, joita on havaittu jo pidempänä aikana. Masennustilassa ihmisen mielialojen muutos ja erilaiset oireet voivat kestää viikkoja, kuukausia tai vuosia. (Huttunen 2018.)

Masennus on syntyperältään monisyinen sairaus. Sairauden syntyyn vaikuttaa usein sekä biologisia, psykologisia, että sosiaalisia syitä. Keskeisiä masennuksen riskitekijöitä ovat perinnöllinen taipumus ja laukaisevat kielteiset elämäntapahtumat. Masennusriskiä lisäävät kehityksen vaaratekijät, kuten kaltoinkohtelu ja persoonallisuuden piirteet, jotka altistavat masennukselle. (Käypä Hoito Depressio, 2020.) Lisäksi

sosioekonominen asema, koulutustaso, suhteellinen köyhyys ja yhteiskunnan kasvavat tuloerot voivat olla syytekijöitä depressiolle (Markkula, Suvisaari 2018, 194).

Joillekin henkilöille masennus voi olla luonteen defenssikeino eli puolustuskeino paeta pelottavia tunnetiloja, kuten omaa tai toisen ihmisen vihaa. Monesti masennuksen taustalla voi olla tukahdutettua surua tai jokin tunne-elämän traumaattinen kokemus. Masennuksen synty kestää pitkään, mutta sen varsinaisena laukaisevana tekijänä voi toimia ajankohtainen elämäntapahtuma, kuten erilaiset menetykset sekä pettymykset. (Huttunen 2018.) Masennus on siis vahvasti subjektiivinen eli koettu sairaus, joka vaikuttaa henkilön kokonaisvaltaiseen koettuun hyvinvointiin. Koettu sairaus tarkoittaa, että henkilö voi kokea itsensä masentuneeksi ilman virallista masennusdiagnoosia. (Luhtasaari 2009, 9-11.)

Masennuksesta on olemassa erilaisia muotoja. Yleisimpiä masennushäiriöitä ovat pitkäaikainen masennus (dystymia) ja masennustila (major depressive disorder = MDD). ICD ja DSM tautiluokituksissa löytyvät oirekuvat näihin masennustiloihin. (Markkula, Suvisaari 2018, 190.) Oireiden vahvuuden perusteella masennuksesta voidaan luokitella lievä-, keskitasoinen-, vakava- sekä psykoottinen masennus. Lievä masennus voi haitata hieman arkielämän toimintoja ja sosiaalista toimintaa, kun taas vakava masennus häiritsee arkielämän toimintoja ja toimintakykyä merkittävästi. Psykoottisessa masennuksessa henkilöllä voi esiintyä esimerkiksi harhaluuloja tai aistiharhoja, jotka ovat sisällöltään depressiivisiä. (Käypä Hoito Depressio 2020.) Psykoottinen masennus on erittäin vaikea-asteinen masennuksen muoto, johon psykoterapeuttinen hoito ja lääkitys eivät välttämättä yksinään tehoa. Usein tehokkain psykoottisen masennuksen hoitokeino on aivojen sähköhoito (ETC). (Luhtasaari 2009, 36.)

Masennuksesta voidaan oirekuvan mukaan erottaa somaattinen, eli melankolinen masennus, epätyypilliset masennustilat sekä vuodenaikoihin liittyvä kaamosmasennus. Melankoliselle masennukselle tyypillistä on mielihyvän menettäminen lähes kaikissa arjen toiminnoissa. Melankolisesta masennuksesta kärsivältä henkilöltä voi puuttua hetkellinen iloreaktio. (Huttunen 2018.) Nämä masennustilat ovat usein vaikea-asteisia, ja niiden oireina voi ilmetä aamu-unettomuutta, ruokahalun menettä-

mistä, kiihtyneisyyttä ja suhteetonta syyllisyydentunnetta (Luhtasaari 2009, 36). Epätyypillinen masennustila eroaa paljon tyyppillisestä masennuksesta sekä melankoliasta. Epätyypillisen masennuksen tunnuspiirteitä ovat vahva reaktiivinen mieliala, eli positiiviset asiat parantavat hetkellisesti mielialaa. Kuitenkin masennus palaa takaisin ja oireet korostuvat henkilön ollessa yksin. (Huttunen 2018.) Erytyistä epätyypilliselle masennukselle on vahva kokemus hylätyksi tulemisesta tai sen pelko. Epätyypillisen masennuksen oireet eroavat melankolisesta masennuksesta. Oireita ovat liikauniisuus, lisääntynyt ruokahalu ja lihominen. (Luhtasaari 2009, 36.)

Kaamosmasennuksen laukaisee kirkkaan päivänvalon puute. Kaamosmasennus lievittyy usein vuodenajan vaihtuessa valoisampaan. Tämä masennuksen muoto näyttäisi muistuttavan joiltakin osin talviunta. Kaamosmasennuksessa sydämen syke hidastuu ja diastolinen verenpaine nousee. Kaamosmasennuksen syyksi on arveltu hermoston noudattaman rytmin ja ulkoisen rytmin epätahdistumista. Valonmäärän ollessa vähäinen, se ei riitä tahdistamaan hermoston luonnollista vuorokausirytmää. (Luhtasaari 2009, 39-40.)

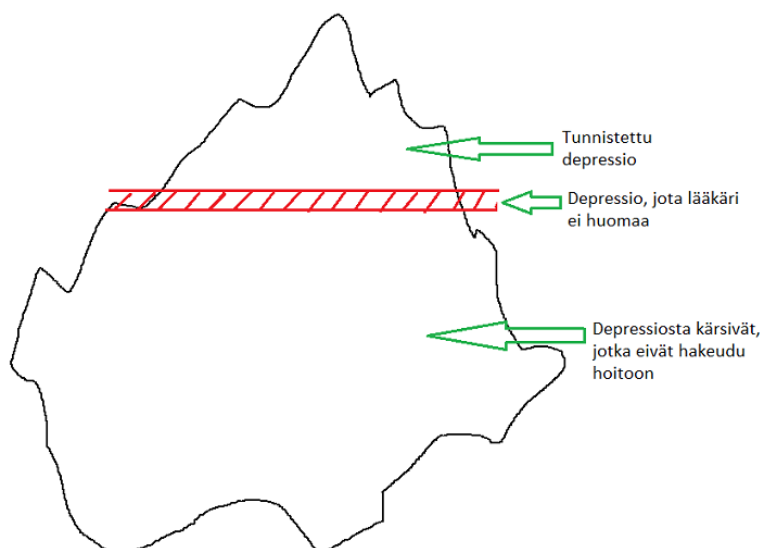
Masennus voi vaikuttaa psyykkisen hyvinvoinnin lisäksi fyysiseen ja sosiaaliseen terveyteen ja koettuun hyvinvointiin. DSM-5 tautiluokituksessa kaikki masennuksen oireet ovat yhtä lailla merkitseviä oireita, kun luokitellaan masennuksen vakavuutta. ICD-10 tautiluokituksessa oireet ovat luokiteltu niin, että tietyt oireet ovat vakavampia kuin toiset ja ennustavat vakavampaa masennusta. (Zimmerman, Balling, Chelminski, Dalrymple 2018, 84.)

Zimmerman ja muut (2018) toteavat tutkimuksessaan, että masennuksen vaikeustasoa määritellään eri tavoilla eri tautiluokituksissa, oireiden määrä on kuitenkin hyvä depression havainnointikeino kummassakin tunnetussa tautiluokituksessa (Zimmerman ym. 2018, 85-86). Zimmerman ja muut (2018, 86) sekä Markkula ja Suvisaari (2018, 191) toteavat, että havaittuun masennuksen esiintyvyyteen ei vaikuttanut tautiluokitus, vaikka tautiluokitukset kategorioivat masennusoireita eri tavoilla.

Vaikka tautiluokitukset kuvaavat masennusta eri tavoin, on lisäksi otettava huomioon masentuneen henkilön persoonallisuustekijät, sosioekonominen asema sekä mahdollinen monioireisuus. Monet tekijät voivat vaikuttaa siihen, että samat oireet esiintyvät kahdella ihmisellä, mutta heidän masennuksensa vakavuusaste on eri. (Markkula & Suvisaari 2018, 191.)

3.2 Esiintyvyys

Suomessa masennuksen esiintyvyys vuodessa aikuisväestössä ja nuorilla on noin 5-7%. Yli 65-vuotiailla esiintyvyys on hieman pienempi. Masennus on naisilla noin 1,5-2 kertaa yleisempää kuin miehillä. Masennuksesta kärsivistä henkilöistä vain osa hakeutuu hoitoon. (Käypä Hoito Depressio 2020.) Kuviossa 3 on esitetty havainnollistava depressiojäävuori, joka kuvaa henkilöitä, jotka sairastavat masennusta. Hoitoa haetaan todennäköisemmin, mitä vaikea-asteisempi masennus on kyseessä. Monihäiriöisyys, eli erilaisten psyykkisten häiriöiden päällekkäisyys lisää hoitoon hakeutumista. Arvioidaan, että kymmenesosa perusterveydenhuollon potilaista kärsii masennuksesta, mutta vain osan tiedetään hakeutuvan hoidon piiriin aktiivisesti. (Käypä Hoito Depressio 2020.)



Kuvio 3. Depressiojäävuori (Alkuperäinen mukailtu Achté, K., Tamminen, T. 1993, 35)

Masennuksen esiintyvyys ei ole juuri muuttunut maailmanlaajuisesti, mutta Suomessa masennuksen esiintyvyys on kasvussa. Väestötutkimuksissa vuonna 2000 depression esiintyvyys oli 7,3% ja vuonna 2011 9,6%. Esiintyvyyden kasvu näkyi merkittävästi naisväestössä, ei niinkään miesväestössä. Nuorten masennusoireiden huomattiin lisääntyneen. Kouluterveyskyselyissä 2000-2001 huomattiin, että nuorilla 8-9 -luokkalaisilla vakavan masennusoireita oli havaittavissa tytöillä 4%:lla ja pojilla 2,1%:lla. Vuosina 2010 ja 2011 vastaavat luvut saavuttivat arvot 4,7% sekä 2,2%. Alemmassa sosioekonomisessa asemassa olevien perheiden lapsien masennuksen esiintyvyys lähes tuplaantui seuranta-aikana. Köyhyyden sekä tuloerojen kasvu vuosien 2000 ja 2011 välillä aiheuttivat masennuksen esiintyvyyden nousun tytöillä 6,4%:sta 11,5%:iin sekä pojilla 6,5%:sta 12,8%:iin. (Markkula, Suvisaari 2018, 189.)

Vuoden 2016 korkeakouluopiskelijoiden terveystutkimuksen mukaan 30% opiskelijoista kokivat psyykkisiä vaikeuksia. Masentuneeksi itsensä kokivat 27% opiskelijoista. Vuoden 2016 terveystutkimukseen vastasi 3114 suomalaista alle 35-vuotiasta korkeakouluopiskelijaa. Masennuksen esiintyvyys oli kasvanut vuosien 2012, 2008, 2004 ja 2000 terveystutkimuksista. Uutena kysymyksenä vuoden 2016 terveystutkimuksessa oli itsemurhan suunnitteleminen. Itsemurhan suunnittelemiseen myöntävästi vastasi 5,7% opiskelijoista. (Kunttu ym. 2016, 34-37.)

3.3 Opiskelijoiden kokema masennus

Koettu masennus heikentää opiskelijoiden opiskelukykyä. Koettu masennus vaikuttaa selvästi muistiin, jaksamiseen ja keskittymiskykyyn. Koettu masennus voi heikentää opiskelijan itseluottamusta ja näin aiheuttaa vaikeuksia selvitä sosiaalisista tilanteista. Masennusta kokevan opiskelijan jaksamattomuus ja energiattomuus voi näkyä voimattomuutena aloittaa asioita tai tehtäviä. (Ala-Nikkola 2008, 50-56.) Opiskelijoiden terveystutkimuksen mukaan opiskelijoiden sairauskuvaan ei ole tullut suuria muutoksia muuten, mutta masennus ja ahdistus ovat lähes kolminkertaistuneet vuodesta 2000 (Kunttu ym. 2016, 83).

Kuntun ja muiden (2016) tutkimuksen mukaan masennuksen syntymiseen voi vaikuttaa traumat, huonot kokemukset, menetykset tai uupuminen. Opiskelijoiden uupuminen pitkittyessään on yhteydessä masennukseen. Uupumuksen oireisiin voi kuulua kyvyttömyyden sekä riittämättömyyden kokemusta opiskelijana. (Kunttu ym. 2016, 111.) Salmela-Aron (2009) mukaan opiskelijoiden uupumus on vahvasti yhteydessä masennukseen, mutta myös yksinäisyyteen ja alkoholiongelmiin (Salmela-Aro 2009, 31). Wilson, Bohnert, Ambrose, Davis, Jones ja Magee (2014) toteavat tutkimuksessaan, että Amerikassa yliopistossa opiskelevilla naisilla suurimpia syitä masennukselle ovat aiemmat mielenterveysongelmat ja vahvan sosiaalisen turvaverkon puute. Tutkimuksessa unen puute ja unenlaadun heikkous nähtiin yhtenä masennuksen riskitekijänä opiskelijoilla. (Wilson ym. 2014, 3-9).

Lisäksi Nuworza, Ethel, Kingley ja Nkansah (2018) sanovat, että sosiaaliset suhteet ja turvaverkon puute ovat yhteydessä masennuksen sairastavuuteen. Wilson ja muut (2014) sekä Nuworsa ja muut (2018) toteavat, että vähäiset sosiaaliset suhteet ovat riski psyykkisille vaikeuksille, masennukselle sekä mahdollisesti itsetuhoisille ajatuksille. (Wilson ym. 2014, 3; Nuworza 2018, 11891.) Esimerkiksi Nuworza ja muut (2018) huomasivat tutkimuksessaan, että opinto-ohjauksella on suuri merkitys oppilaan psyykkiselle hyvinvoinnille ja masennuksen ehkäisylle, kun opiskelija saa sosiaalista tukea (Nuworza 2018, 11891).

3.4 Masennuksen hoito

Masentuneilla henkilöillä voi usein olla itsehoitokeinoja masennuksesta selviytymiseen. Jotkut hautautuvat työhön ja rutiineihin ja pitävät näin oman psyykeensä kassassa. Toiset ottavat irtiotta arjesta ja pohtivat tilannettaan sekä olotilaansa. Yhdessäolo ja läheisten kanssa keskusteleminen voi olla yksi tärkeimmistä masennuksen itsehoitokeinoista. Masennuksesta kärsiville on olemassa paljon itsehoito-oppaita sekä neuvontakanavia internetissä. (Piikkilä 2012, 6-7.) Läheisten rooli masennuksen ymmärtämisessä on tärkeää. Masennus ei ole tahdonalainen mielentila, ja siitä ei voi toipua vain olemalla positiivisempi. Usein kehotukset olla iloisempi, ryhdistäytyä tai hymyillä pahentavat masennustilaa. Masentunut ihminen passivoituu hel-

posti tai alkaa hävetä masennustaan. Päivärutiineista, liikunnasta, sosiaalisista suhteista ja harrastuksista kiinnipitäminen ovat masennuksen itsehoidon kulmakiviä. (Huttunen 2018.)

Masennuksen hoidossa keskeistä on masennuksen vaikeusasteen arviointi, masennuksen toistuvuuden arviointi sekä itsemurhavaaran ja toimintakyvyn arviointi. ICD-10 luokituksessa masennuksen vaikeusastetta arvioidaan oireiden lukumäärän mukaan. Lievä masennus on 4-5 oiretta, keskivaikea on 6-7 oiretta ja vaikea masennus on 8-10 oiretta. Masennuksen vaikeustasoa voidaan mitata erilaisilla asteikoilla kuten Montgomery-Åsbergin depressioasteikolla (MADRS), Beckin depressioasteikolla (BDI) tai PHQ-9 -kyselyn avulla. Hoidon lähtökohtana toimii aina lääkärin tekemä diagnoosi masennuksesta ja sen laadusta. (Käypä Hoito, Depressio 2020.) Oirekuvan vakavuuden selvittäminen on merkityksellistä hoidon suunnittelun kannalta (Huttunen 2018).

Uusi Käypä Hoito -suositus depression hoitoon julkaistiin alkuvuodesta 2020. Suosituksessa todetaan, että depressiohoidon vaiheet ovat akuuttivaihe, jatkohoito sekä ylläpitovaihe. Akuuttivaiheessa pyritään oireettomuuteen ja jatkohoito alkaa siitä, kun oireettomuus on saavutettu. Jatkohoidon tavoite on estää oireita palaamasta ja ylläpito­hoidossa pyritään ehkäisemään sairauden uudelleen puhkeaminen. Akuutti­hoidon kulmakivet ovat psykoterapia sekä lääkehoito, joko erikseen tai yhdessä. Suosituksen mukaan hoitoon kuuluu psykoedukaatio, eli opastus sairaudenkuvan ymmärtämiseen. (Käypä Hoito, Depressio 2020.)

Psykoterapiat ovat vakiintuneet masennuksen hoitokeinoiksi lääkehoidon rinnalle. Suomessa pitkät psykodynaamiset psykoterapiat ovat olleet valta-asemassa, mutta niiden rinnalle on kehittynyt uudenlaisia lyhytterapioita, kuten voimavarasuuntautunutta terapiaa. Psykodynaamisten teorioiden mukaan depressio voi saada alkunsa tiedostamattomasta mielen osasta, joka pyrkii tuomaan menneisyyden traumaattisia kokemuksia esille. Psykodynaamiset terapiat perustuvat ajatukselle, että tiedostamaton mieli ja yksilöllinen kehityshistoria vaikuttavat ihmisen nykyiseen kokemusmaailmaan. Voimavarasuuntautuneessa terapiassa pääpaino on ihmisen voimavaroissa ja mahdollisuuksissa sekä niiden edistämässä ja vahvistamisessa. Katse terapiassa on

eteenpäin ratkaisuihin ja tuloksellisuuteen. Tässä lähestymistavassa ei niinkään arvioida ja analysoida depression syntyä, vaan keskitytään motivaation ja tulevaisuuden mahdollisuuksien korostamiseen. (Valkonen 2008, 29-31.)

Depression terapeuttiselle hoidolle on kehittynyt digitaalisia palveluita. Verkkopohjainen kognitiivinen käyttäytymisterapia (Internet based computerized cognitive behaviour therapy = CCBT tai CBT) on todettu vaikuttavaksi tavaksi hoitaa depressiota. Verkko-interventiot tarjoavat vaihtoehdon perinteiselle kasvokkain tapahtuvalle terapialle. CCBT:tä suositellaan hoitomuodoksi lievästä tai keskivaikeasta masennuksesta kärsiville henkilöille. CCBT mahdollistaa terapian saatavuuden matalalla kynnyksellä, kun masentuneen henkilön ei tarvitse lähteä kasvokkaiseen terapiaan. Verkko-interventioiden anonymiteetti voi olla terapiaan houkuttava tekijä. (Wiersma, Titov, Van Schaik, Van Oppen, Beekman, Cuijpers, Andrews 2011, 313-314.)

Gratzerin ja Khalid-Khanin (2016) mukaan CBT tarjoaa matalan kynnyksen päästä kiinni terapeuttiseen hoitoon. CBT on todettu halvemaksi hoitokeinoksi, kun voidaan hoitaa enemmän potilaita vähemmässä ajassa. Kuitenkin CBT:n heikkoudeksi nähdään ihmiskontaktin puuttuminen. (Gratzer & Khalid-Khan 2016, 263-268.) Topoco, Berg, Johansson, Liljethörn, Radvogin, Vlaescu, Bergman Nordgren, Zetterqvist ja Andersson toteavat kuitenkin tutkimuksessaan, että CBT:ssä chatin kautta tapahtuva kommunikaatio voi tuottaa positiivisen ja tasaisen terapeuttisen hoitosuhteen. Internetissä tapahtuva hoito voi olla hyvin merkityksellinen nuorille henkilöille. (Topoco ym. 2018, 206.)

Hyväksymis- ja omistautumisterapiasta eli HOT:sta (eng. acceptance and commitment therapy=ACT) on olemassa internetversioita. Yang, Moss-Morris ja McCracken (2017) toteavat tutkimuksessaan internetpohjaisen hyväksymis- ja omistautumisterapian auttavan masennukseen (Yang ym.2017,8). Lisäksi Stefanopoulou, Lewis, Taylor, Broscombe, Ahmad ja Larkin toteavat, että HOT:n verkkoversiosta oli positiivista vaikutusta masennukseen (Stefanopoulou ym. 2018, 789).

Terapiamuotojen lisäksi ja niiden kanssa samanaikaisesti käytetään usein lääkehoitoa. Depression akuuttivaiheessa lääkehoito on sitä tärkeämpää, mitä vakavampias- teisia oireet ovat. Vaikeassa ja psykoottisessa masennuksessa lääkehoito on usein eh- dotonta. Keskivaikeassa masennuksessa lääkehoito on usein tarpeellista. Lievässä masennuksessa lääkehoito voi olla hyödyllistä. Lääkehoidon rinnalle suositellaan lie- vässä ja keskivaikeassa masennuksessa vaikuttavaksi osoitettua terapiaa. (Käypä Hoito, Depressio 2020.)

4 Hyväksymis- ja omistautumisterapia

4.1 Hyväksymis- ja omistautumisterapian tausta ja tarkoitus

Hyväksymis- ja omistautumisterapian eli HOT:n (eng. acceptance and commitment therapy) kehittäjä on Steven Hayes. HOT on yksi kognitiivisen käyttäytymisterapian alalaji ja sitä pidetään ns. kognitiivisen käyttäytymisterapian kolmantena aaltona. (Hayes, Smith 2008, 13-14.) Hyväksymis- ja omistautumisterapian päätarkoitus on opettaa arjen ja elämän ikävien asioiden hyväksymistä. Usein arjen haastavat hetket eivät ole itsestä riippuvaisia, jolloin niitä on osattava tiedostaa ja hyväksyä. Toinen HOT-menetelmän päätarkoitus on sitoutua omiin arvoihin ja niiden mukaisiin tekoi- hin, jotta elämään voidaan tuottaa mielekästä sisältöä. Tavoitteena on luoda ihmi- selle kokonaisvaltaista hyvinvointia paremman tietoisuuden ja itsetuntemuksen kautta. (Harris 2007, 2.) HOT:ssa tähdätään psykologisen joustavuuden lisäämiseen tai sen saavuttamiseen. Terapiassa ja sen eri ilmenemismuodoissa sekä toteutusta- voissa käytetään arvopohjaisia menetelmiä, mindfulnessmenetelmiä, käyttäytymis- menetelmiä ja hyväksymismenetelmiä. (Puolakanaho Lappalainen, Lappalainen, Muotka, Hirvonen, Kenneth, Ahonen, Kiuru, 2018).

HOT-menetelmän teoreettiset juuret juontuvat suhdekehysteoriaan. Kyseinen teoria on ihmiskielen ja kognition perusteoriaita. Ihmiskieli ja kognitio, eli tietoinen mieli, liittävät tapahtumia yhteen ja luovat yhteyksien perusteella merkityksiä, eli funkti- oita. Kyky on opittu, mutta sitä säätelee valtavasti myös konteksti eli tila tai tilanne,

jossa funktio tapahtuu. Suhdekehitysteoriassa korostetaan kontekstin merkitystä näihin yhteydenmuodostuksiin eli funktioihin. Tilan ja tilanteen merkitys ihmisen sisäisille tapahtumille on suurempi, kuin uskomme. Varsinkin, jos konteksti tuo funktioon negatiivisia tunnekokemuksia. Tällaiset negatiiviset tunnekokemukset voivat johtaa psykologiseen joustamattomuuteen. Suhdekehitysteorian mukaan sisäisten funktioiden negatiivisuuden vaikutusta voi muuttaa vaikuttamalla kontekstiin, jossa ne tapahtuvat. (Hayes, Luoma, Walser 2007, 10.)

Hayes ja muut (2007) sekä Haapala (2008) kertovat, että HOT-terapian näkökulmasta ihmisen kognition ja kielen funktioita hallitsevat kontekstit vahvistavat kielellistä kontrollia, kun ihminen on jäänyt vangiksi mielensä sisään. Ihminen on siis liiallisen kontrollin vallassa ja pyrkii siitä pois mahdollisesti lisäämällä kontrollia. Tätä tilaa HOT-terapia kutsuu psykologiseksi joustamattomuudeksi. (Haapala 2008, 13-14; Hayes ym. 2007, 10.)

4.2 HOT-toimintaperiaate

Hyväksymis- ja omistautumisterapia pyrkii psykologiseen joustavuuteen kuuden askeleen kautta. Näiden kuuden askeleen avulla pyritään saavuttamaan kaksi tavoitetta. Tavoitteet ovat: käsittelykeinojen oppiminen tuskallisten ajatuksien ilmaantumisessa ja omaan elämään merkityksellisen sisällön luomisen oppiminen. (Harris 2016, 63.)

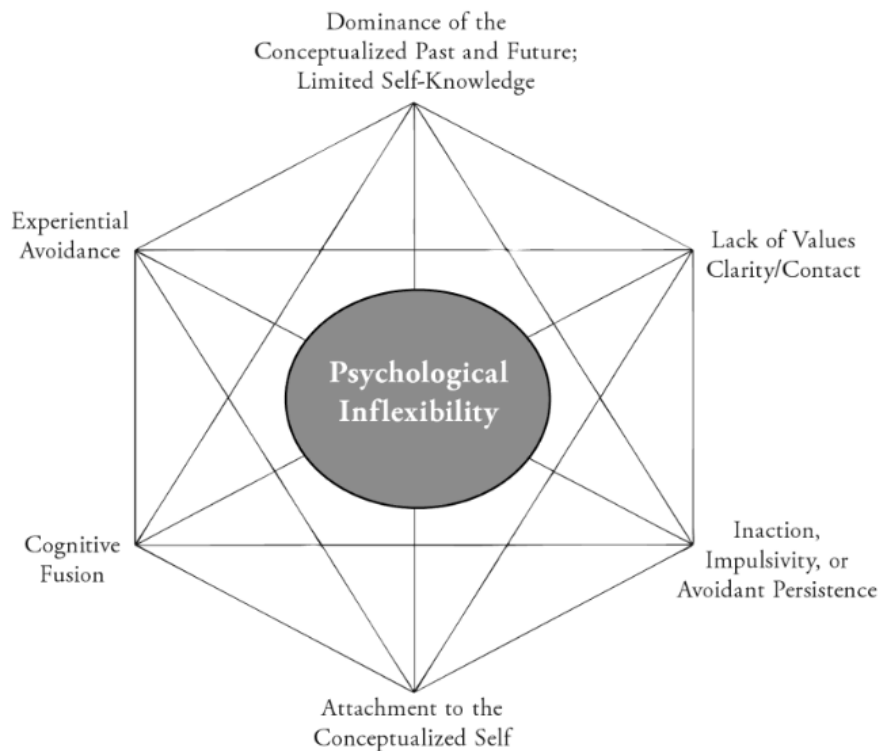
Harris (2016) ja Pietikäinen (2014) määrittelevät kuusi askelta seuraavasti. Eriyttäminen on ensimmäinen askel, joka tarkoittaa uuden suhteen luomista omiin ajatuksiin. Ajatukset voidaan nähdä itsestä irrallisina ja ihminen voi oppia, että hän ei ole yhtä kuin ajatuksensa. Toinen askel on laajentaminen, eli annetaan tilaa tuskallisille ja ahdistaville ajatuksille. Virallinen HOT-termi tälle askelelle on hyväksyntä. Kolmas askel on yhteys. Tämä tarkoittaa hetkessä elämistä ja tietoisesta läsnäolon taitoa. HOT:ssa käytetty termi tälle on yhteys nykyhetkeen. (Harris 2016, 63-64; Pietikäinen 2014, 16-20.) Neljäs askel on tarkkailijaminä. Tämän askeleen avulla voi tarkkailla omia ajatuksia ja toimintaa ulkopuolisen silmin. Viides ja kuudes askel ohjaavat ih-

mistä omien arvojen tunnistamiseen ja arvojen haastamiseen teoilla. HOT:ssa aloitetaan usein omien arvojen tunnistamisella ja arvojen haastamisella. (Harris 2016, 64-65; Pietikäinen 2014, 12-15.)

4.3 Psykologinen joustamattomuus

Psykologista joustamattomuutta on kuvattu nykyajan onnellisuusansaksi. Länsimaissa eletään siinä uskossa, että elämän tulee olla jatkuvasti onnellista. Itseä onnellisempia ja onnistuneempia ihmisiä nähdään jatkuvasti ympärillä. Ihminen ajattelee usein, että ollakseen onnellinen, on päästävä kokonaan eroon negatiivisista tunteista. Kun negatiivisia tunteita yritetään pakoilla, piilottaa ja tuhota hyväksymisen sijasta, ollaan onnellisuusansassa. Onnellisuusansassa ihminen kontrolloi itseään niin paljon, että aiheuttaa lisää negatiivisia tunteita sen sijaan, että ne vähenisivät. Tämä on psykologista joustamattomuutta. (Harris 2016, 33-44.) Tällainen ylikontrollointi voi välittyä ulospäin perfektionismina. Esimerkiksi Crosby, Bates ja Twohig (2011) tutkivat perfektionismin, uskonnollisuuden ja psykologisen joustamattomuuden suhdetta. Heidän mukaansa tiukat uskonnolliset käsitykset voivat luoda kontrollia ja perfektionismia. Tämä näyttäytyi suorassa suhteessa suurempaan psykologiseen joustamattomuuteen. (Crosby ym. 2011, 125-127.)

Psykologinen joustamattomuus on selitetty alla olevassa kuviossa (Kuvio 4). Käsitettä havainnollistetaan kuusikulmiona, jonka jokaisessa kulmassa on psykologiseen joustamattomuuteen vaikuttava tekijä tai ilmenemismuoto. Psykologinen joustamattomuus voi ilmetä esimerkiksi menneessä elämisessä, tulevaisuuden liiallisena murehtimisena, arvoperustan epäselvyytenä tai arvojen mukaan toimimattomuutena. Impulssien mukaan toimiminen, hyvin rajoittunut minäkäsitys, käyttäytymistä hallitsevat negatiiviset ajatusmallit ja välttämiskäyttäytyminen ovat psykologisen joustamattomuuden ilmenemismuotoja.



Kuvio 4. Psykologinen joustamattomuus (Hayes, S. ym. 2007, 12)

Psykologinen joustamattomuus voi näkyä ulospäin välttämiskäyttäytymisenä. Emotionaaliset coping- eli selviytymiskeinot ja itsesäätelyn keinot voivat olla vääränlaisia ja psykologista joustamattomuutta lisääviä. Eli ongelman kohtaamisen sijaan tiukennetaan kontrollia tai vältetään koko asiaa. Välttämiskäyttäytymistä voi olla asioiden välttäminen tai tukahduttaminen (Mendoza, Goodnight, Capornio, Masuda 2016, 173.) Mendoza ja muut (2016) tutkivat sisäänpäin kääntyneisyyden ja tukahduttamisen vaikutusta psykologiseen joustamattomuuteen. Sisäänpäin kääntyneisyydellä he tarkoittivat itseä huolettavien ja ahdistavien ajatusten salaamista. He totesivat, että tunteiden salaamisella ja tukahduttamisella on suuri vaikutus emotionaaliseen pahaan oloon ja psykologiseen joustamattomuuteen. (Mendoza ym. 2016, 176.)

Kato (2016) esitti tutkimuksessaan, että henkilön psykologinen joustamattomuus on yhteydessä masennusoireisiin ja univaikeuksiin. Mitä suurempi psykologinen joustamattomuus on, sitä enemmän masennuksen oireita ja univaikeuksia on. Tutkimus näytti suuntaa sille, että HOT-terapiaa voisi suunnata avuksi uniongelmiin. (Kato 2016, 6-7.)

Psykologinen joustavuus on joustamattomuuden päinvastainen tila, ja se tarkoittaa kykyä tiedostaa mielen sisäisiä tapahtumia, tiedostaa omia ajatuksia sekä olla läsnä hetkessä. Psykologinen joustavuus on itselle tärkeiden asioiden, kuten elämänarvojen tunnistamista, sekä arvojen mukaisten valintojen tekemistä. (Puolakanaho Kiuru, Lappalainen 2019, 36.) HOT:n tarkoitus on kognitiivisena käyttäytymisterapiana lisätä psykologista joustavuutta, jotta tuskallisia asioita voisi käsitellä helpommin. Päämäärä ei ole ensisijaisesti vähentää oireita, vaan opettaa uusia tapoja suhtautua omiin ajatuksiin, toimintaan ja läsnäoloon. Näillä keinoilla lisätään psykologista joustavuutta ja positiivinen sivutuote on mielenterveydellisen oireilun väheneminen. (Harris 2007, 2.)

Haapala (2008) tutki psykologisen joustavuuden yhteyttä hoitotulokseen. Tutkimuksessa selvisi, että hyväksymis- ja omistautumisterapialla oli suuri vaikutus psykologisen joustavuuden lisääntymiseen. Psykologisen joustavuuden lisääntyessä hoitotulos oli parempi. Masennus ja muut psykologiset oireet vähenivät merkittävästi psykologisen joustavuuden lisääntyessä. (Haapala 2008, 56.) Herrala ja Luoma (2017) tutkivat psykologisen joustavuuden suhdetta opiskelijan hyvinvointiin. Herralan ja Luoman mukaan HOT-pohjainen verkkointerventio Opiskelijan Kompassi lisäsi opiskelijoiden psykologista joustavuutta. Tutkimuksessa esitettiin, että psykologisen joustavuuden kasvaessa koettu hyvinvointi parani. (Herrala & Luoma 2017, 29-30.)

5 Opiskelijan Kompassi

Opiskelijan Kompassi on verkossa toteutettava elämäntaito-ohjelma. Tämä verkkopohjainen elämäntaito- ja hyvinvointiohjelma tähtää opiskelijan kokonaisvaltaiseen hyvinvointiin. Verkkointervention tarkoitus on lisätä elämäntaitojen tunnetta, auttaa opintojen haasteissa sekä antaa keinoja haastavien, ahdistavien ja stressiä aiheuttavien asioiden käsittelyyn. Kompassin tavoite on ehkäistä ahdistusta ja mielialaongelmia, sekä auttaa opiskelijaa elämän mielekkäiden asioiden ja arvojen äärelle. Opiskelijan Kompassi on kehitetty Jyväskylän Yliopistossa. Kompassiohjelma pohjautuu hyväksymis- ja omistautumisterapiaan. Kompassi verkkointerventiossa käytetään laajasti arvo- ja hyväksymisperustaisia menetelmiä, kuten mindfulness-, tietoisuus-

sekä läsnäoloharjoituksia. Opiskelija voi käydä kompassin läpi joko itsenäisesti tai koulutetun hyvinvointiohjaajan avulla. Verkko-interventio tarjoaa psykoedukaatiota esimerkiksi masennuksesta ja sen vaikutuksista, sekä työkaluja arjen tapahtumien ja ajatusten havainnoimiseen. (Opiskelijan Kompassi – verkkopohjainen hyvinvointiohjelma N.d.)

Opiskelijan Kompassissa opiskelija harjoittelee HOT-terapian pohjalta elämäntaitojen ja hyvinvoinnin taitoja viiden eri rastin avulla. Jokainen rasti pitää sisällään teoriatietoa ja mindfulness-, tietoisuus-, läsnäolo-, vertauskuva-, kuuntelu-, katselu- tai kirjoittamisharjoituksia. (Opiskelijan Kompassi – verkkopohjainen hyvinvointiohjelma N.d.) Rastit Kompassissa ovat HOT-terapian askeleiden mukaisesti tietoinen läsnäolo hetkessä, ajatusten ja kokemusten hyväksyminen elämän yhtenä osana, ajatusten irrallisuuden ymmärtäminen itsestä, arvojen tunnistaminen sekä arvojen mukaiset teot (Harris 2007, 3). Rasteilla opiskelija harjoittelee ensin arvojen tunnistamista ja tavoitteiden asettamista. Tämän jälkeen kompassissa harjoitellaan tietoista läsnäoloa ja oman olon ja ajatusten havaitsemista. Lopuksi Kompassiohjelmassa harjoitellaan tunteiden käsittelyä sekä itsensä hyväksymisen taitoja. (Opiskelijan Kompassi – verkkopohjainen hyvinvointiohjelma N.d.)

Muhosen ja Pesosen (2019) mukaan Litvin (2013) totesi, että verkko-interventiot ovat hyviä hoitokeinoja henkilöille, jotka eivät muuten hakeutuisi perinteiseen kasvokkaiseen psykoterapiaan. Verkossa kanssakäyminen voi tuntua turvallisemmalta anonyymiteetin suojissa, ja henkilö ei välttämättä tunne oloaan niin kiusaantuneeksi, kuin kasvokkaisessa tilanteessa. (Muhonen & Pesonen 2019, 7-8.) Puolakanaho ym. (2018) totesivat tutkimuksessaan nuorten Kompassissa, että nuoret eivät hakeudu perinteiseen hoitoon. Tulokset nuorten Kompassissa olivat hyviä ja verkossa tapahtuva interventio tuki nuorten elämäntaitoja, itsenäisiä valintoja ja omien päämäärien asettamista. (Puolakanaho ym. 2018.) Mäenpää ja Peltola (2018) saivat samankaltaisia tuloksia tutkimuksessaan. Koettu stressi väheni eniten niillä osallistujilla, joilla ei ennestään ollut aiempaa psykologista hoitokontaktia. Tutkimuksessa todetaan, että Opiskelijan Kompassi vaikuttaa soveltuvan matalan kynnyksen hoitomuodoksi opiskelijan mielenterveyshuolissa ja -ongelmissa. (Mäenpää & Peltola 2018, 35-38.)

Opiskelijan Kompassista on ollut tutkittua hyötyä varsinkin masennuksen, ahdistuksen sekä syömishäiriöiden hoidossa. Parhaimmillaan verkkointervention on todettu edistävän henkilöiden psyykkistä, emotionaalista ja sosiaalista terveyttä. Ohjelma on vähentänyt masennuksen oireita ja samalla parantanut elämäntyytyväisyyttä sekä kokonaisvaltaista hyvinvointia. (Räsänen, Lappalainen, Muotka, Tolvanen, Lappalainen 2016, 17-18.) Kompassiohjelman hyöty perustuu osaksi hyvinvointiohjaajan antamaan palautteeseen. Kompassiohjelmassa osallistujien saama monipuolinen palaute oli yhteydessä masennuksen oireiden merkittävään laskuun. (Räsänen, Nyrhinen, Tolvanen, Lappalainen 2019.)

Muhonen ja Pesonen (2019) kertovat tutkimuksessaan HOT-pohjaisen verkkointervention hyödyistä ja positiivisista tuloksista opiskelijoilla. Opiskelijan Kompassilla on ollut tutkitusti vaikutuksia psyykkisen oireilun vähenemisessä. Masennuksen oireet opiskelijoilla vähenivät verkkointervention aikana. (Muhonen, Pesonen 2019, 8-9.) Mäenpää ja Peltola (2018) sanoivat tutkimuksessaan, että koettu stressi vähentyi Opiskelijan Kompassin aikana ja tietoisuustaidot paranivat osallistujilla (Mäenpää & Peltola 2018, 34). Tietoisuustaidoilla tutkimuksessa viitattiin tietoiseen läsnäoloon ja sen alataitoihin, kuten sisäisten ja ulkoisten toimintojen havainnointi, kyky nimetä sisäisiä kokemuksia sekä tietoinen toiminta (Mäenpää & Peltola 2018, 4-5).

Opiskelijan tulevaisuuden urasuunnitteluun Kompassilla ei ole näkyvää vaikutusta. Kompassiohjelman on todettu tukevan opiskelijan hyvinvointia opintojen aikana, mutta sillä ei ole jatkumoa urasuunnitteluun tai työelämäkontaktien hankkimiseen. Tutkimuksessa käy ilmi, että opiskelijat kokevat omat vahvuutensa käyttäen Opiskelijan Kompassin tarjoamia taitoja hyödykseen tulevaisuudessa, vaikka Kompassi ei varsinaisesti ole toiminut työvälteenä tulevaisuuden urasuunnittelua varten. (Selkamo 2018, 24.)

Simula tutki opiskelijan yksinäisyyden kokemuksia ja niiden vähentämistä. Yksinäisyyteen Opiskelijan Kompassilla ei ollut Simulan (2016) mukaan vaikutusta. Tutkimuksissa muutama opiskelija nosti Opiskelijan Kompassi -ohjelman esille ja totesi, että Kompassilla ei ollut vaikutusta koettuun yksinäisyyteen. (Simula 2016, 38.) Yksinäisyys ja sosiaalisen turvaverkon puute nähdään yhtenä masennuksen riskitekijänä

(Wilson 2014, 3; Simula 2016, 11). Opiskelijan hyvinvoinnin näkökulmasta Opiskelijan Kompassi ei tarjoa eväitä koetun yksinäisyyden työstämiseen. Opiskelijan Kompassi koetaan voimavaroja vievänä tai vaativana. Ihmiskontaktien koetaan auttavan yksinäisyyteen, mutta verkkointerventioissa ihmiskontaktia ei välttämättä ole saatavilla. (Simula 2016, 39.)

6 Tarkoitus, tavoite ja tutkimuskysymykset

Opinnäytetyön tarkoituksena on arvioida Opiskelijan Kompassi -ohjelman vaikuttavuutta ja toimivuutta korkeakouluopiskelijoiden koetun masennuksen ehkäisijänä. Tavoitteena on aineiston avulla selvittää koetun masennuksen muutoksia korkeakouluopiskelijoilla. Määrällisen opinnäytetyön hypoteesina on, että Opiskelijan Kompassin aikana koetun masennuksen vaikeusaste on lieventynyt. Aineiston antaman tiedon valossa opinnäytetyö pyrkii vastaamaan seuraaviin kysymyksiin:

1. Onko koetun masennuksen vaikeusasteessa nähtävissä positiivisia muutoksia korkeakouluopiskelijoilla Opiskelijan Kompassin aikana?
2. Minkälaisia muutoksia korkeakouluopiskelijoiden koettuun masennukseen on tullut Opiskelijan Kompassin aikana?

7 Opinnäytetyön toteuttaminen

7.1 Menetelmä ja aineiston keruu

Opinnäytetyö toteutettiin kvantitatiivisena eli määrällisenä tutkimuksena. Kvantitatiivisessa tutkimuksessa tietoa tarkastellaan ja esitetään numeerisesti. Tutkimus vastaa siis kysymyksiin, kuinka paljon tai kuinka usein. Jotta tieto saadaan numeeriseen muotoon, on sitä strukturoitava. Vilka (2007) ja Hirsjärvi (2008) kirjoittavat määrällisen tutkimuksen perusteista ja toteuttamisesta. Strukturointi tarkoittaa sitä, että tutkittava asia vakioidaan mitattavaan muotoon. Operationalisointi tarkoittaa teoreettisten käsitteiden muuttamista siihen muotoon, että tutkittava pystyy ymmärtämään

asian. Tutkimuksen objektiivisuus on tärkeä osa määrällistä tutkimusta. Objektiivisuuteen vaikuttaa määrällisessä tutkimuksessa tutkijan etäisyys tutkittavaan. Tämä mahdollistuu esimerkiksi kyselyiden lähettämisenä sähköisesti tai postitse. Etäällä oleva tutkija ei tee tunneperäisiä tulkintoja aineistoista. (Vilka 2007, 13-14; Hirsjärvi ym. 2008, 132-137.)

Kvantitatiivisen tutkimusmenetelmän yleisin aineistonkeruutapa on kyselylomake. Määrällisessä tutkimuksessa ilmiön tekijät muutetaan muuttujiksi ja niitä käsitellään tilastollisin menetelmin. Määrällisessä tutkimuksessa oleellista on tuntea ne muuttajat, jotka vaikuttavat tutkittavaan ilmiöön. (Kananen 2011, 12-13.) Opinnäytetyössä kyselylomakkeena käytettiin PHQ-9 -terveyskyselyä, joka mittaa koettua masennusta (Kts. Liite 1). PHQ-9 -lomake on valmiiksi strukturoitu ja operationalisoitu, joten opinnäytetyössä operationalisoinnin ja strukturoinnin vaihe pystyttiin ohittamaan. Opinnäytetyön tutkittava ilmiö oli koettu masennus ja sen vaikeusaste. PHQ-9 -terveyskysely on tarkoitettu juuri koetun masennuksen vaikeustason selvittämiseen. Strukturoitu kysely antaa jokaisesta annetusta vastauksesta pisteitä, ja yhteispisteiden perusteella on laskettavissa koetun masennuksen vaikeusaste. Kyselyssä koettu masennus on siis saatettu numeeriseen muotoon, jotta sitä voitiin tutkia määrällisesti. PHQ-9 -terveyskysely järjestää koetun masennuksen masennusluokat eli vaikeusasteet seuraavasti:

- 0-4 pistettä = ei masennusta
- 5-9 pistettä = lievä masennus
- 10-14 pistettä = kohtalainen masennus
- 15-19 pistettä = kohtalaisen vakava masennus
- yli 20 pistettä = vakava masennus

PHQ-9 -terveyskysely on laajasti käytetty koetun masennuksen kartoittamisen työväline. Se on ensimmäisiä itsearviointikyselyjä koetun masennuksen oireista. PHQ-9 -terveyskysely on tehty niin, että se seuraa DSM-IV -tautiluokituksen määrittelemää depression oirekuvausta. Näin kyselyä pystytään käyttämään lievän ja vaikean depression tunnistamisessa. (Phelan, Williams, Meeker, Bonn, Frederick, LoGerfo, Snowden 2010, 2.) Schutt, Kung, Clark, Koball ja Grothe (2015) tutkivat PHQ-9 kyselyn korrelaatiota laajasti käytetyn Beckin depressiokyselyn rinnalla. Tuloksena oli, että PHQ-

9 antoi vahvan korrelaation Beckin depressiokyselylle. Joten PHQ-9 tuottaa luotettavaa ja vertailukelpoista tietoa asiakkaan kokemasta masennuksesta. (Schutt ym. 2015, 1276-1277.) Phelan ja muut (2010) tutkivat PHQ-9 kyselyn toimivuutta ikäihmisten koetun masennuksen kartoittamisessa. Tutkimuksen mukaan PHQ-9 kysely on vertailukelpoinen työkalu myös ikäihmisten koetun masennuksen havaitsemiseen 15-kohdan ikäihmisen masennus -testin rinnalla. (Phelan ym. 2010, 5-6.)

Kananen (2011) toteaa, että määrällisessä tutkimuksessa on otettava huomioon ilmiöön vaikuttavat muuttujat. Opinnäytetyössä ilmiönä tutkittiin koettua masennusta PHQ-9 -terveyskyselyn avulla. Koettuun masennukseen vaikuttava muuttuja oli Opiskelijan Kompassi -hyvinvointiohjelma. Näin pystyttiin tutkimaan, näkyikö koetussa masennuksessa muutoksia Opiskelijan Kompassin aikana.

Opinnäytetyön aineisto kerättiin syksyllä 2019. Aineisto kerättiin korkeakoulun vapaa-ajan opintojakson yhteydessä. Opintojaksolla Opiskelijan Kompassi -hyvinvointiohjelman läpikäyneet opiskelijat vastasivat PHQ-9 -kyselyyn. Kyselyistä saatiin alkumittaus ja loppumittaus. Opintojakson aikana tutkittavilta kysyttiin lupa käyttää heidän vastaamiaan kyselyitä opinnäytetyössä. Opinnäytetyössä analysoitiin niitä kyselyitä, joihin vastanneet antoivat tutkimusluvan. Valmista kyselylomaketta käytettäessä ja valmiin aineiston saadessa, opinnäytetyössä ei ollut tarvetta keskittyä tutkittavan asian operationalisointiin tai strukturointiin.

Aineistot opinnäytetyöhön saatiin korkeakoululta 1.4.2020. Vastauksia oli yhteensä 38 kappaletta. Kyselyyn vastasi 20 opiskelijaa, joista alkumittauksiin vastasi 20 ja loppumittauksiin 18. Ensimmäisessä analyysin vaiheessa vastauksista karsittiin pois puutteelliset tai väärin täytetyt lomakkeet, jotta tulokset eivät vaarantuisi puutteellisista tiedoista. Jokaiselta kyselyihin vastanneilta opiskelijoilta tuli olla kaksi kokonaan täytettyä lomaketta. Loppumittauksista kahdelta opiskelijalta puuttui lomake, joten heidän alkumittauksensa poistettiin vertailukelvottomina opinnäytetyön analyysivaiheesta. Aineistosta yksi alkumittaus oli puutteellisesti täytetty, joten alkumittaus ja sen vastinpari loppumittauksista poistettiin opinnäytetyöstä. Alkumittauksia siis poistettiin kolme kappaletta ja loppumittauksia yksi kappale. Jäljelle jääneet vastaukset

toimivat opinnäytetyön aineistona. Lopulta kyselyitä jäi 17:sta opiskelijalta. Mittauksia yhteensä oli (N=34). Alkumittauksia (a=17) ja loppumittauksia (b=17).

7.2 Aineiston analyysi

Aineiston analyysi tuotettiin määrällisen aineiston analyysin keinoin. Aineistossa oli yhteensä 34 vastausta, eli 17 opiskelijan alkumittaukset ja loppumittaukset. Vilkan (2007) mukaan määrällisen aineiston perustason analyysissä tutkitaan aineiston määrää ja siitä esille nousevia asioita, kuten tunnus- ja hajontalukuja (Vilka 2007, 119-120). Opinnäytetyössä aineiston analyysi toteutettiin kahdessa osassa. Ensin analysoitiin alkumittaus ja tämän jälkeen loppumittaus. Opinnäytetyön analyysi keskittyi tunnusluvuihin keskiarvoon, moodiin ja mediaaniin. Aineistosta pyrittiin löytämään numeerisesti masennusluokat, jotka ilmenivät otoksessa.

Määrällisessä tutkimuksessa ensimmäinen askel kohti analyysia on koota kaikki havainnot havaintomatriisiin. Havaintomatriisi on sama kuin tutkimusaineisto, mutta kokoa aineiston yhteen paikkaan (Ronkainen Pehkonen, Lindholm-Yläne, Paavilainen 2013, 84; Vilka 2007, 111). Kun havaintomatriisi on tehty, aloitetaan määrällisen tutkimuksen perustason analyysi. Tunnusluvut moodi, keskiarvo ja mediaani, ilmaisevat selkeästi aineistosta nousevia muuttujia. Moodi on se havainto tai muuttujan arvo, jota esiintyy eniten aineistossa. Keskiarvolla voidaan laskea havaintojen arvon keskimääräistä suuruutta. Mediaanin avulla hahmotetaan havaintojen painotusta. Mediaani on tunnusluku, joka löytyy, kun havainnot sijoitetaan riviin. Mediaani on rivin keskimäinen luku, niin että sen molemmiin puolin jää yhtä paljon havaintoja. (Vilka 2007, 121-123.)

Opinnäytetyön havaintomatriisiin kirjattiin ylös jokaisen kyselylomakkeen jokainen vastaus. Havaintomatriisi on esitetty alla olevassa taulukossa (Taulukko 1). Vaakariivillä on yhden lomakkeen kaikki vastaukset ja vastausten antama muuttujan arvo. Tässä tapauksessa vastauksen arvo on sama, kuin vastauksesta saatava pistemäärä masennusta laskiessa. Matriisissa jokaisen opiskelijan haastattelulomake on saanut oman juoksevan numeronsa. Kirjain "a" tarkoittaa alkumittauksen lomaketta ja kir-

jain ”b” loppumittauksen lomaketta samalta henkilöltä. Havaintomatriisissa on erotettu alkumittaukset loppumittaukset sekä kirjaimin, että harmaalla väripohjalla. Pystysarakkeilta löytyvät PHQ-9 -lomakkeen kysymykset. Havaintomatriisi on sama kuin opinnäytetyön aineisto, joten havaintomatriisista pystyttiin laskemaan havaintojen keskiarvo koko otoksessa sekä alku- että loppumittauksissa. Kaikki tunnusluvut- ja hajontaluvut laskettiin havaintomatriisista.

Taulukko 1. Havaintomatriisi

Tilastoyksikkö	Kysymys 1	Kysymys 2	Kysymys 3	Kysymys 4	Kysymys 5	Kysymys 6	Kysymys 7	Kysymys 8	Kysymys 9
Muuttujien arvot	(0,1,2,3)	(0,1,2,3)	(0,1,2,3)	(0,1,2,3)	(0,1,2,3)	(0,1,2,3)	(0,1,2,3)	(0,1,2,3)	(0,1,2,3)
Lomake 1a	1	1	2	1	0	1	1	0	0
Lomake 1b	1	1	0	1	0	2	1	0	0
Lomake 2a	1	1	1	2	1	1	0	0	0
Lomake 2b	0	1	0	1	0	1	0	0	0
Lomake 3a	2	1	0	1	3	1	0	0	0
Lomake 3b	0	0	1	0	0	0	0	1	0
Lomake 4a	1	1	0	1	0	0	0	0	0
Lomake 4b	1	0	0	1	0	0	0	0	0
Lomake 5a	0	0	0	1	0	0	0	0	0
Lomake 5b	0	0	1	2	0	1	0	0	0
Lomake 6a	0	1	2	3	3	1	3	1	0
Lomake 6b	0	0	2	1	1	0	1	0	0
Lomake 7a	0	1	1	1	0	1	0	0	0
Lomake 7b	0	1	1	1	0	1	0	0	0
Lomake 8a	0	1	0	0	0	1	1	0	1
Lomake 8b	0	1	1	0	0	1	1	0	1
Lomake 9a	1	1	2	2	1	1	1	0	0
Lomake 9b	1	1	2	1	1	1	0	0	0
Lomake 10a	1	1	1	3	1	1	2	0	0
Lomake 10b	0	1	1	2	2	0	1	0	0
Lomake 11a	1	2	0	1	0	1	0	0	0
Lomake 11b	1	1	1	1	0	1	0	0	0
Lomake 12a	1	1	2	1	2	2	2	0	0
Lomake 12b	2	3	0	1	1	3	1	0	0
Lomake 13a	0	0	0	1	0	0	0	0	0
Lomake 13b	0	0	0	1	0	0	0	0	0
Lomake 14a	1	0	1	3	0	1	1	1	0
Lomake 14b	1	0	1	1	0	0	0	0	0
Lomake 15a	1	1	2	0	0	1	1	0	0
Lomake 15b	1	0	2	1	1	0	1	0	0
Lomake 16a	0	0	0	0	0	0	1	0	0
Lomake 16b	0	0	1	0	0	0	1	0	0
Lomake 17a	1	1	0	1	2	2	1	0	0
Lomake 17b	0	1	1	1	1	1	1	0	0

Opinnäytetyön kannalta olennaiset hajontaluvut olivat variaatiosuhde sekä vaihteluväli. Vilkan (2007) mukaan perustason analyysiin kuuluu tunnuslukujen analysoinnin lisäksi hajontalukujen analysointi. Hajontaluvut kertovat, kuinka havainnot poikkeavat toisistaan. Hajontalukuja ovat variaatiosuhde, keskihajonta, vaihteluväli, vaihteluvälin pituus sekä variaatiokerroin. Variaatiosuhde kertoo vastausten hajonnasta. Variaatiosuhteen arvo vaihtelee välillä nolla ja yksi. Mitä lähempänä nollaa arvo on, sitä vähemmän hajontaa vastauksissa on. Vaihteluväli kertoo pienimmän ja suurimman

havaintoarvon välin. Havaintoarvot asetetaan suurusjärjestykseen, jotta vaihteluväli saadaan laskettua. Vaihteluvälin pituus saadaan laskettua, kun suurimmasta havainnosta vähennetään pienimmän havainnon arvo. Vaihteluväliä analysoimalla saadaan tietää, mitä arvoja muuttujat ovat saaneet otoksessa. (Vilka 2007, 123-125.)

Opinnäytetyössä tarkasteltiin näitä tunnuslukuja ja hajontalukuja sekä alku-, että loppumittauksissa. Aineistosta nousi osaryhmiä, joita olivat koetun masennuksen eri vaikeusasteiden muodostamat ryhmät. Tunnuslukuja päästiin analysoimaan ja arvioimaan myös osaryhmien eli koetun masennuksen luokkien sisällä. Alku- ja loppumittauksien analyysin antamia tuloksia vertailtiin keskenään ja etsittiin eroja koetun masennuksen vaikeusasteessa.

Tunnus- ja hajontalukujen analysoimisen jälkeen muutamasta valitusta kysymyksestä esitettiin suora jakauma. Suora jakauma keskityttiin tekemään kysymyksiin, jotka koskivat peruselämäntoimintoja, kuten nukkumista tai syömistä. PHQ-9 -kyselyssä näitä kysymyksiä olivat kysymykset 3, 4 ja 5, jotka koskivat unta, väsymystä ja ruokahalua. Näihin elämän perustoimintoihin haluttiin kohdistaa huomiota, jotta saataisiin selville, näkyykö niissä positiivisia muutoksia ja voidaanko niitä linkittää koetun masennuksen muutoksiin. Suora jakauma tarkoittaa yksittäisen kysymyksen saamia eri vastausvaihtoehtoja. Näin voidaan tarkastella spesifimmin tietyn kysymyksen sisällä olevaa hajonta otoksessa. (Kananen 2015, 289.) Koska PHQ-9 -terveyskyselyssä on käytetty skaala-asteikkoa (en ollenkaan, useina päivinä, enemmän kuin puolet ajasta, lähes joka päivä), voitiin tulokset esittää taulukollisessa muodossa. Skaala taulukko näyttää yksinkertaistetussa muodossa, kuinka monta prosenttia vastaajista on vastannut yhden kysymyksen sisällä mihinkin vaihtoehtoon. (Kananen 2015, 293.)

Alkumittauksesta sekä loppumittauksesta tehtiin ristiintaulukointi, josta pystyttiin tulkitsemaan eri muuttujien suhteita ja muutoksia. Ristiintaulukointi valottaa asioiden välisiä riippuvuussuhteita. Taulukosta etsitään riippuvuuksia ja säännönmukaisuuksia. (Kananen 2011, 77-78.) Kvantitatiivisia analyysimenetelmiä käytettäessä, täytyy muistaa, että määrällisen aineiston analyysi on rakenteen hakemista numeraalisesta muodosta. Aineistosta etsitään toistuvuuksia, tyypillisyyksiä ja eroja. Tilastomenetelmiä ohjaa tutkijan päättely. Ristiintaulukoinnin riippuvuuksia voidaan hakea

vasta, kun tutkija aavistelee jotain. (Ronkanen ym. 2013, 125-126.) Opinnäytetyössä ristiintaulukoitiin koetun masennuksen vaikeusaste, sekä alku-, ja loppumittauksista niihin saadut opiskelijamäärät. Näin pystyttiin havainnollistamaan, oliko loppumittauksessa tapahtunut masennusluokissa määrällistä muutosta. Hypoteesin mukaan koetun masennuksen tulisi lieventyä, joten lievän masennuksen määrä tai ”ei masennusta” -luokan määrä tulisi taulukossa kasvaa.

Tulokset kirjoitettiin auki taulukoinnin lisäksi. Kanasen (2015) mukaan taulukot tiivistävät tietoa, mutta ne tulee kirjoittaa auki tutkimuskysymyksien kannalta. Tulkintaa tehdään aina prosenttiluvuista. (Kananen 2015, 298.) Opinnäytetyössä taulukointia tehtiin tunnusluvusta-, hajontaluvuista sekä ristiintaulukoiden eri muuttujia. Kaikki taulukot kirjoitettiin auki ja tulokset tulkittiin tekstiksi. Saatuja määrällisiä ja suhteellisia (%) tuloksia peilattiin tutkimusongelmaan ja hypoteesiin. Opinnäytetyön pohdinta osuudessa verrattiin opinnäytetyön tuloksia muihin verkkointerventioista tai Opiskelijan Kompassista tehtyjen tutkimusten tuloksiin. Eri tutkimusten tuloksia peilattiin ja verrattiin opinnäytetyöstä saatuihin tuloksiin, jotta opinnäytetyöhön saatiin luotettavuutta sekä tulosten välistä keskustelua.

8 Tulokset

8.1 Alku- ja loppumittaukset

Kyselyihin vastanneista opiskelijoista 3 olivat miehiä ja loput 14 naisia. Kyselyyn vastanneiden opiskelijoiden yhteinen keski-ikä oli noin 27,5 vuotta. Naisten keski-ikä oli 27,7 vuotta ja miesten keski-ikä 26,7 vuotta. Opiskelijoista 9 olivat parisuhteessa, miesopiskelijat olivat naimattomia. Opiskelijoista kahdella naisella oli lapsia. Miesopiskelijat olivat kaikki suorittaneet korkeimpana tutkintonaan joko ammatillisen toisen asteen tutkinnon tai ylioppilastutkinnon. Kaksi naisista oli suorittanut korkeimpana tutkintona ammattikorkeakoulututkinnon, loput naisista olivat suorittaneet korkeimpana tutkintonaan joko ammatillisen toisen asteen koulutuksen tai ylioppilastutkinnon.

Ensin muodostettiin havaintomatriisi ja laskettiin havaintomatriisin avulla koko aineiston (N=35) aritmeettinen keskiarvo. Koko aineiston keskiarvoksi saatiin 5,47 pistettä. Tämä osoittaa, että keskiarvon mukaan kyselyyn osallistuneet olivat lievästi masentuneita. Keskiarvoja laskiessa havaittiin, että alkumittauksen (a=17) keskiarvo oli 6,30 ja loppumittauksen (b=17) keskiarvo oli 4,56 pistettä.

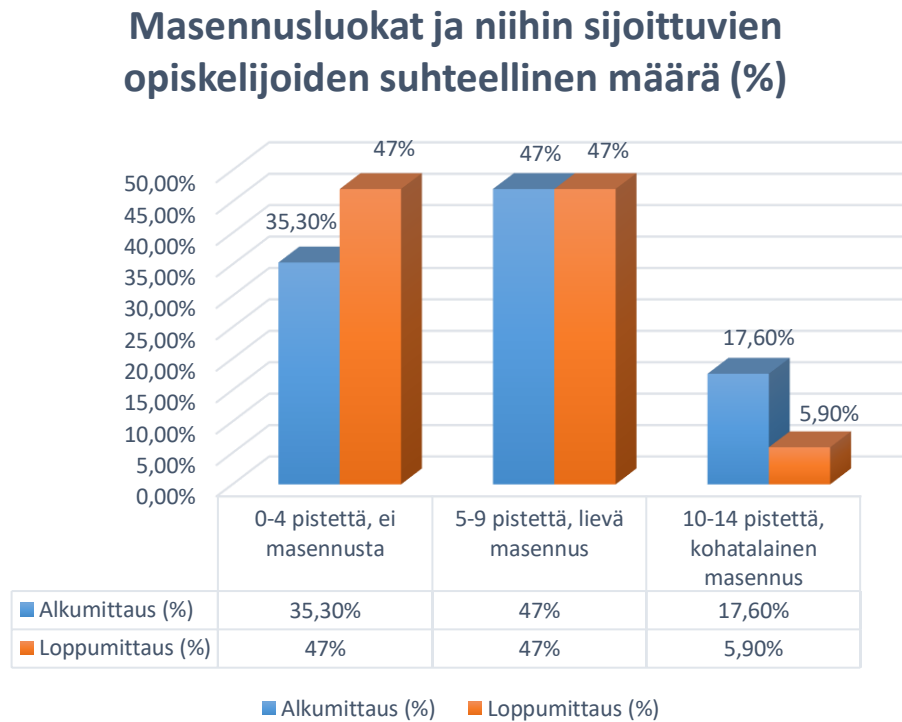
Alkumittausten moodi oli muuttujan arvo 0, joka esiintyi alkumittauksissa 73 kertaa. Loppumittauksien moodi oli myös muuttujan arvo 0, joka esiintyi loppumittauksissa 86 kertaa. Mediaaniksi alkumittauksista saatiin muuttujan arvo 1 ja loppumittauksista muuttujan arvo 0. Keskeisimmät tunnusluvut ovat kuvattuna alla olevassa taulukossa (Taulukko 2).

Taulukko 2. Tunnuslukujen arvot sekä esiintyvyys alku- ja loppumittauksissa

Tunnusluku	Alkumittauksen arvo	Loppumittauksen arvo	Esiintyvyys (lkm) alussa	Esiintyvyys (lkm) lopussa
Keskiarvo	6,30	4,56	-	-
Moodi	0	0	73	86
Mediaani	1	0	-	-

Alkumittauksissa opiskelijoista kuusi (35,3%) kuului ryhmään, jotka eivät kokeneet masennusta, kahdeksan (47%) koki lievää masennusta ja kolme (17,6%) koki kohtalaista masennusta. Loppumittauksissa kahdeksan (47%) ei kokenut masennusta, kahdeksan (47%) koki lievää masennusta ja vain yksi (5,9%) koki kohtalaista masennusta. Alla olevassa ristiintaulukoinnissa sekä havainnollistavassa diagrammissa (Taulukko 3) on esitetty aineistosta nousseet koetun masennuksen luokat ja niihin sijoittuneiden opiskelijoiden määrä prosentuaalisesti. Alkumittausta ilmentävät taulukon siniset palkit ja loppumittausta oranssit palkit.

Taulukko 3. Masennusluokat ja niihin sijoittuvien opiskelijoiden suhteellinen määrä



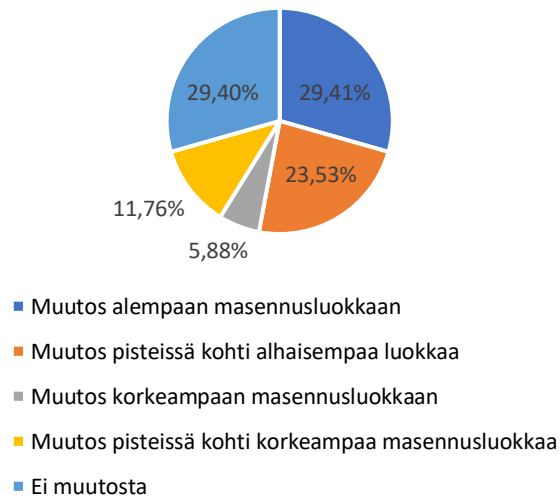
Viidellä opiskelijalla koettu masennus muuttui alku- ja loppumittauksia vertaillen PHQ-9 -terveyskyselyn antamaan alempaan masennusluokkaan. Masennusluokka muuttui joko lievästä masennusluokasta ei masennusta-luokkaan tai kohtalaisesta lievään masennusluokkaan. Neljällä opiskelijalla koetun masennuksen luokka ei vaihtunut, mutta pisteet laskivat loppumittauksessa. Pisteet laskivat keskimäärin 2-4 pistettä, mutta pistemuutos ei vielä ylittänyt koetun masennuksen luokan muuttumiseen.

Mittauksia vertaillen yhdellä opiskelijalla koetun masennuksen luokka pahentui lievästä kohtalaiseksi. Kahdella opiskelijalla pisteet nousivat, kuitenkin masennusluokkaa pahentamatta. Näillä opiskelijoilla koettu masennus pysyi lievässä luokassa, mutta pahentui pisteissä lähemmäs kohtalaista luokkaa. Viidellä opiskelijalla koetun masennuksen tilanne pysyi neutraalina. Taulukossa (taulukko 4) on havainnollistettu näitä muutoksia ja niiden suuruutta prosentuaalisesti. Taulukko on tehty ympyrätaulukkona, jotta siitä on helppo hahmottaa masennusluokissa tapahtuneet muutokset

ja niiden määrät. Taulukosta on havaittavissa, että positiiviset muutokset, joko alempaan masennusluokkaan tai muutos pisteissä kohti alemmaa masennusluokkaa, muodostavat yli puolet taulukosta.

Taulukko 4. Masennusluokissa tapahtuneet muutokset prosentuaalisesti

Masennusluokkien muutokset (%)

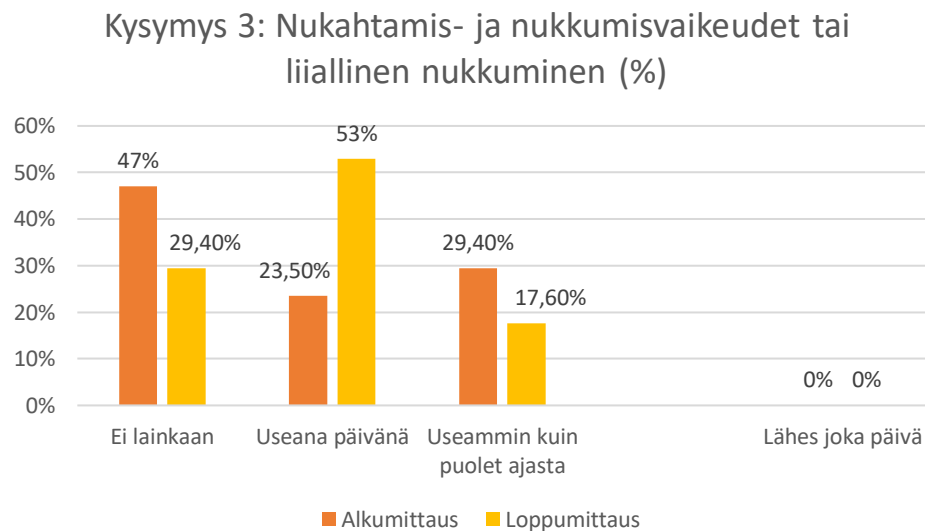


Hajontaluvuista opinnäytetyössä analysoitiin variaatiosuhde sekä vaihteluväli. Variaatiosuhde kertoi, kuinka suuri osa havainnoista oli moodiluokassa. Variaatiosuhde vaihtelee aina välillä 0-1. Perusideana on se, että mitä suurempi luku on, sitä enemmän hajontaa. Opinnäytetyön alkumittauksen variaatiosuhde oli 0,52, kun taas loppumittauksen variaatiosuhde oli 0,44. Vaihteluväli tarkoittaa pienimmän ja suurimman havaintoarvon väliä, kun havaintojen arvot laitetaan suuruusjärjestykseen. Opinnäytetyön aineiston vaihteluväli oli sekä alkumittauksissa, että loppumittauksissa $W = [0,3]$. Näin ollen vaihteluvälin pituus oli $3-0=3$.

Suorat jakaumat tehtiin skaalataulukkoina valikoiduista PHQ-9 -kyselyn kysymyksistä. Taulukot muodostettiin kysymyksistä 3, 4 ja 5. Kysymykset valikoitiin, koska ne liittyivät uneen, väsymykseen ja ruokahaluun, eli ihmisen perustoimintoihin. Taulukoissa on esitetty, miten vastaukset jakautuivat prosentuaalisesti kysymyksen sisällä. Kaikissa skaalataulukoissa (Taulukko 5, 6 ja 7) alkumittausta osoittavat oranssit palkit ja loppumittausta keltaiset palkit. Vastaukset on ryhmitelty taulukoihin niin, että yhden vastausvaihtoehdon saamat vastaukset molemmissa mittauksissa ovat vierekkäin.

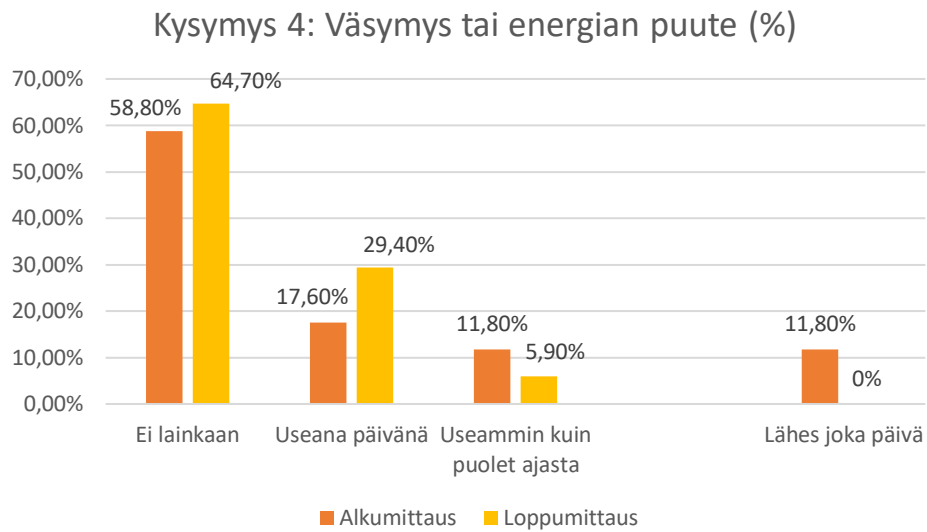
Kysymys 3 käsitteli nukahtamis- ja nukkumisvaikeuksia tai liiallista nukkumista. Alla olevassa taulukossa (Taulukko 5) on esitetty, kuinka moni opiskelijoista vastasi alku- ja loppumittauksessa vaihtoehtoihin: ei lainkaan, useana päivänä, useammin kuin puolet ajasta, lähes joka päivä. Kuvioista on luettavissa, että vastausvaihtoehto useammin kuin puolet ajasta sai vähemmän vastauksia loppumittauksessa. Näin ollen vastausvaihtoehto useana päivänä oli saanut enemmän vastauksia.

Taulukko 5. Vastausprosentit PHQ-9 -kyselyn kysymykseen 3



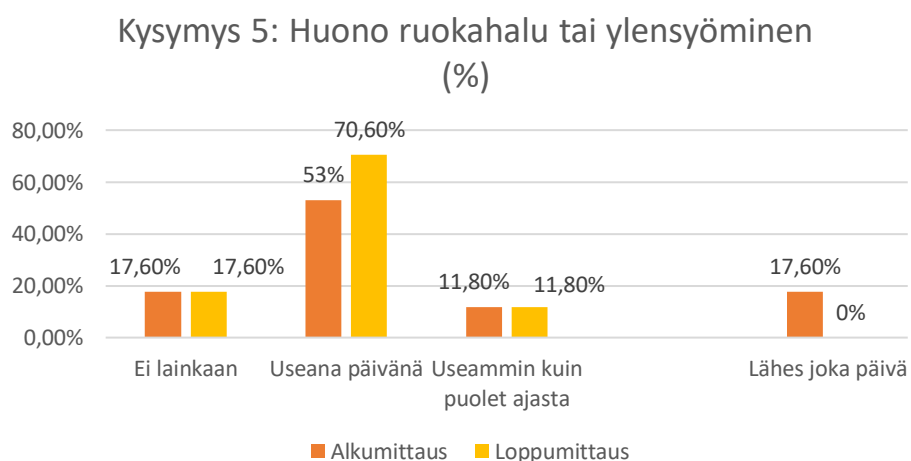
PHQ-9 -kyselyn kysymys 4 keskittyi väsymykseen ja energian puutteeseen. Taulukossa (Taulukko 6) on esitetty, kuinka monta prosenttia opiskelijoista vastasi eri vastausvaihtoehtoihin alku- ja loppumittauksissa. Opiskelijoista kukaan ei vastannut loppumittauksessa vastausta: lähes joka päivä, kun alkumittauksessa samassa kategoriassa oli vastauksia 11,80% prosenttia. Loppumittauksissa vastausvaihtoehtojen ei lainkaan ja useina päivinä -määrät olivat kasvaneet. Vastausvaihtoehdon useammin kuin puolet ajasta vastausmäärä oli pienentynyt.

Taulukko 6. Vastausprosentit PHQ-9 -kyselyn kysymykseen 4



Kysymys 5 käsitteli huonoa ruokahalua ja ylensyömistä. Kysymyksen 5 vastauksissa viimeinen vastausvaihtoehto, lähes joka päivä, ei saanut loppumittauksissa vastauksia. Vastausten määrä kasvoi vastausvaihtoehdossa: useana päivänä. Vastausvaihtoehtojen ei lainkaan ja useammin kuin puolet ajasta, vastausmäärät pysyivät samoina sekä alku-, että loppumittauksissa. Alla olevassa taulukossa (taulukko 7) on esitetty kysymyksen 5 vastaukset.

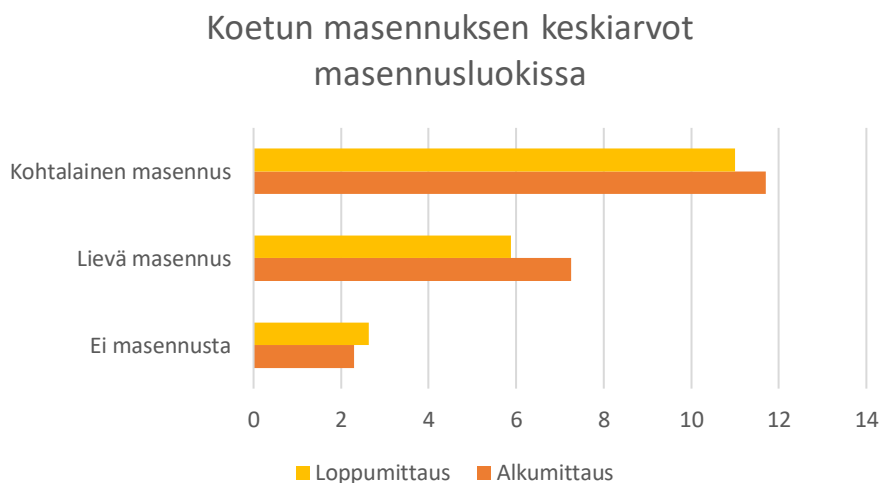
Taulukko 7. Vastausprosentit PHQ-9 -kyselyn kysymykseen 5



8.2 Tulokset masennusluokkien sisällä

Masennusluokkien sisällä laskettiin tunnusluvusta keskiarvo ja moodi. Alkumittauksessa ja loppumittauksessa esille nousi kolme koetun masennuksen luokkaa ei masennusta, lievä masennus ja kohtalainen masennus. Alkumittauksessa ei masennusta-luokan keskiarvopisteet olivat 2,3 ja loppumittauksessa 2,63. Lievän masennusluokan keskiarvot olivat vastaavasti alkumittauksessa 7,25 ja loppumittauksessa 5,88. Kohtalaisen masennusluokan keskiarvot olivat alkumittauksessa 11,7 ja loppumittauksessa 11. Alla olevassa taulukossa (taulukko 8) on esitetty nämä keskiarvojen muutokset. Alkumittauksen keskiarvot on esitetty oranssilla värillä ja loppumittauksen keltaisella värillä.

Taulukko 8. Koetun masennuksen keskiarvot masennusluokkien sisällä



Moodia arvioidessa käytettiin samoja koetun masennuksen luokkia. Moodi ei masennusta -luokassa oli alkumittauksessa 0 esiintyvyydellä 40 ja loppumittauksessa 0 esiintyvyydellä 52. Lievän masennusluokan moodit olivat alkumittauksessa muuttujan arvot 1 esiintyvyydellä 34 ja muuttujan arvo 1 esiintyvyydellä 35. Kohtalaisen masennusluokan arvot olivat vastaavasti 1 esiintyvyydellä 11 ja 1 esiintyvyydellä 3. Taulukossa 9 on esitetty masennusluokista esiin nousseet moodit. Taulukkoon on kirjattu mikä kyseisen muuttujan arvon esiintyvyys on ollut alkumittauksessa ja loppumittauksessa.

Taulukko 9. Moodit ja niiden esiintyvyys masennusluokkien sisällä

Masennusluokka	Alkumittaus	Loppumittaus	Esiintyvyys alussa	Esiintyvyys lopussa
Ei masennusta	0	0	40	52
Lievä masennus	1	1	34	35
Kohtalainen masennus	1	1	11	3

9 Johtopäätökset

Opinnäytetyön tarkoituksena oli arvioida Opiskelijan Kompassin vaikuttavuutta ja toimivuutta opiskelijoiden koetun masennuksen ehkäisijänä. Tavoite oli selvittää koetun masennuksen muutoksia Opiskelijan Kompassi -hyvinvointiohjelman aikana, analysoimalla opiskelijoiden PHQ-9 -terveyskyselyä. Tutkimuskysymyksien avulla selvitettiin, onko koetun masennuksen vaikeusasteessa nähtävissä muutoksia Kompassin aikana ja minkälaisia muutoksia on tullut.

Tuloksista on luettavissa muutoksia opiskelijoiden kokemassa masennuksessa ja sen vaikeusasteessa. Alkumittauksista laskettu keskiarvo osoitti, että kaikki opiskelijat olivat keskimäärin koetun masennuksen lievässä luokassa. Loppumittauksissa keskiarvo osoitti, että opiskelijat eivät keskimäärin kokeneet masennusta. Keskiarvoa laskettaessa siis huomattiin koetun masennuksen vähentyneen Opiskelijan Kompassin aikana. Lisäksi koetun masennuksen eri luokkien keskiarvot antoivat samanlaisia tuloksia. Kaikissa masennusluokissa, sekä alku-, että loppumittauksissa, annetut pistekeskiarvot laskivat ja osoittivat, että koetussa masennuksessa tapahtui positiivisia muutoksia.

Moodin ja mediaanin tarkastelu tuotti yhteneväisiä tuloksia keskiarvon antamiin tuloksiin. Moodin ja mediaanin avulla saatiin selvitettyä, minkä tasoisia muutoksia koetussa masennuksessa oli tapahtunut. Alkumittauksissa ja loppumittauksissa moodi ei muuttunut, mutta sen esiintyvyys muuttui. Moodi, eli eniten vastauksia saanut muuttujan arvo, oli molemmissa mittauksissa muuttujan arvo 0. Mutta se esiintyi alkumit-

tauksissa 73 kertaa ja loppumittauksessa 86 kertaa. Tämä tarkoitti sitä, että vastaukset olivat saaneet yleisesti pienempiä arvoja loppumittauksessa. Loppumittauksessa siis opiskelijat kokivat pienempää koettua masennusta kuin alkumittauksessa. Mediaanissa toisaalta oli huomattavissa muuttujan arvon muutos mittausten välillä. Mediaani löydetään, kun kaikki annetut vastaukset laitetaan suuruusjärjestykseen ja etsitään keskimäinen. Alkumittauksen mediaani oli 1 ja loppumittauksen 0. Tämä osoitti moodin kanssa, että muuttujan arvo 0 oli saanut enemmän vastauksia loppumittauksissa. Moodista ja mediaanista oli pääteltävissä, että opiskelijoilla koettu masennus oli selkeästi lieventynyt.

Opinnäytetyössä laskettiin lisäksi eri koetun masennuksen luokkiin sijoittuvia opiskelijamääriä, jotta saataisiin selville minkälaisia nämä muutokset ovat olleet. Alkumittauksissa kolme opiskelijaa koki kohtalaista masennusta, kahdeksan koki lievää masennusta ja kuusi ei kokenut olevansa masentunut. Loppumittauksista kävi ilmi, että kohtalaista masennusta koki yksi opiskelija, lievää masennusta koki kahdeksan opiskelijaa ja kahdeksan ei kokenut olevansa masentunut. Havaintomatriisin ja lomakkeiden oikeanlaisen numeroinnin mukaan pystyttiin toteamaan, että kohtalaisesta koetusta masennuksesta kärsineiden masennus oli laskenut joko lieväksi tai masentumattomaksi. Loppumittauksissa ei masentuneiden opiskelijoiden joukko oli kasvanut, eli koetussa masennuksessa oli havaittavissa positiivisia muutoksia. Opiskelijan Kompassin aikana varsinkin kohtalaiseksi ja lieväksi koettu masennus siis vähentyi.

Vaikka koettu masennus muuttui lievempään, molemmissa mittauksissa esiintyi silti kolmea masennusluokkaa. Ei masennusta, lievä masennus sekä kohtalainen masennus olivat koko opinnäytetyön ajan esiintyneet koetun masennuksen luokat. Siksi analyysissä tarkasteltiinkin muutosprosentteja masennusluokista toiseen. Noin kolmasosalla opiskelijoista koettu masennus laski joko yhden masennusluokan tai kahden masennusluokan verran. Neljäsosalla opiskelijoista masennusluokka ei laskenut, mutta pisteet kyseisen luokan sisällä laskivat. Kolmasosalla opiskelijoista tilanne pysyi täysin samana sekä alku, että loppumittauksissa. Kiinnostavaa oli, että yhdellä opiskelijalla (5,88%) koetun masennuksen vaikeusaste pahentui ja kahdella opiskelijalla (11,76%) tapahtui muutos pisteissä vakavampaan suuntaan masennusluokan sisällä.

Vaihteluväli pysyi samana sekä alku-, että loppumittauksissa. Vaihteluväli oli opinnäytetyössä $W = [0,3]$. Muuttuja sai siis arvoja nolasta kolmeen molemmissa mittauksissa. Vaihteluvälistä ei itsestään pystytty päättämään mitään. Mediaaniin verrattaessa vaihteluvälistä pystyttiin kuitenkin toteamaan, että loppumittauksissa opiskelijat vastasivat vähemmän muuttujan arvoja kolme ja kaksi, kuin alkumittauksissa.

Aineiston variaatiosuhdetta laskiessa todettiin, että variaatiosuhteen osoittama hajonta oli suurehkoa. Variaatiosuhde osoittaa vastauksien hajonnan aina välillä 0 ja 1. Alkumittauksen variaatiosuhteen ollessa 0,52 ja loppumittauksen variaatiosuhteen ollessa 0,44 pystyttiin toteamaan, että vastauksien hajonta pienentyi Opiskelijan Kompassin aikana. Hajonnan pienentyminen kertoo siitä, että opiskelijat vastasivat loppumittaukseen yhtenevästi ja enemmän samoilla tavoilla. Tästä pystyttiin päättämään masennuksen vaikeusasteen laskemista, kun verrattiin variaatiosuhdetta esimerkiksi mediaaniin. Mediaani ja variaatiosuhde esittivät molemmat, että asteikon pienimmät muuttujan arvot olivat saaneet enemmän vastauksia loppumittauksessa.

Opinnäytetyössä tarkasteltiin spesifisti tiettyjä kysymyksiä PHQ-9 -kyselystä. Nämä kysymykset käsittelivät ihmisen peruselämäntoimintoja, kuten unta ja ruokahalua. Koettu masennus voi olla tiiviisti yhteydessä uneen, väsymykseen sekä ruokahaluun ja siksi juuri nämä kysymykset valikoitiin lähempään tarkasteluun. Opiskelijoiden vastaukset osoittivat, että nukahtamisvaikeudet tai liiallinen nukkuminen oli vähentynyt. Alkumittauksessa 29,40% opiskelijoista koki näitä vaikeuksia lähes päivittäin ja loppumittauksissa vain 17,60%. Tämä osoittaisi, että nukahtamisongelmat vähentyivät. Kiinnostavaa oli, että opiskelijoista melkein puolet olivat vastanneet alkumittauksessa vaihtoehtoon: ei lainkaan. Loppumittauksessa kuitenkin 29,40% opiskelijoista vastasivat ei lainkaan univaikeuksia. Tämä johti siihen, että vastausvaihtoehtoon ”usein” vastattiin loppumittauksessa enemmän. Ei siis ollut pääteltävissä paranivatko uneen liittyneet vaikeudet Opiskelijan Kompassin aikana vai eivät.

Kuitenkin väsymystä ja energianpuutetta tarkasteltaessa PHQ-9 -kyselyn kysymyksessä 4 huomattiin, että loppumittauksissa energianpuute oli vähentynyt huomattavasti. Suurin osa vastauksista olikin ryhmittynyt vastausvaihtoehtoon: ei lainkaan.

tämä tulos osoittaisi, että Opiskelijan Kompassilla on ollut vaikutusta energian puutteeseen, joka voi olla yhteydessä koettuun masennukseen. Ruokahalusta ja ylensyömisestä saatiin samankaltaista tulosta kuin unikysymyksestä, eli tulokset olivat ristiriitaisia, eivätkä osoittaneet mitään, minkä voisi päätellä vaikuttaneen masennukseen.

10 Pohdinta

Opiskelijan Kompassi on Jyväskylän Yliopistolla kehitetty uusi menetelmä korkeakouluopiskelijoiden mielenterveysongelmien ehkäisyyn. Opiskelijan Kompassin toimivuutta on tarkasteltu yliopistotason tutkimuksissa, mutta ei ammattikorkeakoulun opinnäytetyössä. Vastaavia AMK tason opinnäytetöitä ei löydy esimerkiksi Theseus tietokannasta, siksi opinnäytetyön tarkoitus ja tavoite koettiin tärkeäksi tuoda esille AMK opinnäytetyössä. Opinnäytetyö kertoo, kuinka Opiskelijan Kompassi -menetelmän aikana korkeakouluopiskelijan koettu masennus on muuttunut.

Opinnäytetyön aineiston rakenteessa kiinnostavaa oli, että 17 opiskelijasta 14 oli naisia. Kaila, Väisänen, Leino, Laamanen, Vihtonen, Hyvärinen ja Varjonen (2012) kirjoittavat tutkimuksessaan, että naiset hakeutuvat terapeuttiseen hoitoon useammin kuin miehet. Tutkimuksen mukaan naiset hakivat enemmän keskusteluapua. (Kaila ym. 2012, 7, 55.) Opinnäytetyössä näkyy naisten suurempi hakeutuminen terapeuttiseen menetelmään. Tämä voisi johtua esimerkiksi siitä, että naisilla masennus on yleisempää kuin miehillä. Muun muassa Kuntun ja muiden (2016) korkeakouluopiskelijoiden terveystutkimuksen mukaan yliopistoissa opiskelevilla naisilla masennus oli yleisempää kuin esimerkiksi ahdistus. Naisilla on miehiä enemmän lääkärin toteamia sairauksia, kuten masennusta. (Kunttu ym. 2016, 31.)

Opinnäytetyön tarkoitus ja tavoite olivat tiiviitä ja kohdennettuja, joten niitä ei tarvinnut työstää pitkään opinnäytetyön kirjoittamisen alkaessa. Tarkoituksena oli arvioida Opiskelijan Kompassin toimivuutta koetun masennuksen ehkäisijänä ja tavoitteena oli selvittää koetun masennuksen muutoksia aineiston avulla. Tarkoitus ja tavoite olivat tarkasti rajattuja ja ne määrittivät raamit opinnäytetyölle.

Tarkoitus ja tavoite toteutuivat opinnäytetyön aikana ja PHQ-9 -terveyskyselyn avulla saatiin selville, että koetussa masennuksessa oli tapahtunut positiivisia muutoksia Opiskelijan Kompassin aikana. Opiskelijan Kompassin toimivuutta lähestyttiin kahden tutkimuskysymyksen kautta. Tutkimuskysymyksiin löydettiin vastauksia aineistoa tutkimalla.

Opinnäytetyön tulokset koetun masennuksen laskusta ovat linjassa aikaisempien teoriaosassa ja pohdinnassa mainittujen tutkimuksien kanssa. Muun muassa Puolakanaho ja muut (2018), Muhonen ja Pesonen (2019), Räsänen (2016, 2019) sekä Mäenpää ja Peltola (2018) tutkivat Opiskelijan Kompassin vaikutuksia psyykkiseen oireiluun ja psyykkiseen hyvinvointiin. Heidän tutkimuksensa osoittivat, että Opiskelijan Kompassilla on ollut positiivinen vaikutus tutkittavien henkilöiden psyykkiseen oireiluun ja vaikutukset ovat näkyneet ahdistuksen, stressin ja masennuksen lievittymisenä.

Opinnäytetyössä havaittiin, että kohtalaisesta koetusta masennuksesta kärsivien opiskelijoiden masennus laski loppumittauksissa lievälle tasolle. Lievää koettua masennusta kokevien opiskelijoiden masennus laski, mutta ei yhtä paljon kuin niillä, jotka kärsivät suuremmasta koetusta masennuksesta. Lasku näkyi joko pistelaskuna lievän koetun masennuksen luokan sisällä tai laskuna kokonaan luokkaan: ei masennusta. Näyttäisi siis siltä, että Opiskelijan Kompassista hyötyivät eniten ne, jotka kokivat alkumittausten mukaan kohtalaista masennusta.

Samantapaisia tuloksia oli myös Puolakanahon ja muiden (2018) tutkimuksessa. He huomasivat, että nuorilla Opiskelijan Kompassin nuortenversio antoi parempia tuloksia niillä, joilla psyykinen oireilu oli suurempaa, kuin niillä, joilla psyykinen oireilu oli lievempää. (Puolakanaho ym. 2018, 299.) Puolakanahon ja muiden (2018) tutkimuksen tulokset olivat samankaltaisia, vaikka kohderyhmänä toimikin nuoremmat toisen asteen ammattikoulun tai lukion opiskelijat. Lisäksi Yang, Moss-Morris ja McCracken (2017) totesivat krooniseen kipuun liittyvässä tutkimuksessaan, että internetissä tapahtuva Hyväksymis- ja omistautumisterapia, lisäsi hyväksymistä kroo-

nista kipua kohtaan ja samalla vähensi selvästi masennusta. (Yang ym. 2017, 8) Opin-
näytetyön tulokset olivat siis samansuuntaisia, kuin Opiskelijan Kompassista ja
HOT:sta tehdyt tutkimukset.

Kuitenkin muutamalla opiskelijalla tapahtui koetun masennuksen muutos pahem-
paan suuntaan. Tämä negatiivinen muutos toi ristiriitaisen tuloksen opinnäytetyön
hypoteesiin, joka oli, että koettu masennus laskee Opiskelijan Kompassin aikana.
Näitä tuloksia tarkastellessa voitiin todeta, että tutkimusasetelma ei ollut täydellinen
ja se ei karsinut pois muita koettua masennusta myötävaikuttavia tekijöitä. Esimer-
kiksi opiskelijoiden omat elämäntapahtumat ja mahdolliset ikävät tapahtumat sekä koke-
mukset eivät olleet tutkimuksessa karsittavissa pois. Ei siis voida suoraan päätellä ta-
pahtuiko negatiivinen muutos pelkästään Opiskelijan Kompassin vuoksi vai vaikuttiko
siihen jokin muu tekijä opiskelijan elämässä samanaikaisesti Opiskelijan Kompassin
kanssa. Esimerkiksi Opiskelijan Kompassi on voinut toimia tekijänä, joka nostaa tun-
teita pinnalle, ja näin lisää koettua masennusta.

Bendelin, Hesser, Dahl, Carlbring, Zetterqvist Nelson, Andersson (2011) tutkivat yksi-
löiden kokemuksia internetperustaisesta kognitiivisesta käyttäytymisterapiasta (CBT).
Heidän mukaansa apua internet perustaisesta terapiasta saivat eniten ne, jotka olivat
motivoituneita ottamaan vastaan terapiaa. (Bendelin ym 2011, 9.) Voi siis olla, että
ristiriitaisiin tuloksiin opinnäytetyössä on johtanut opiskelijoiden oma halu ja moti-
vaatio toteuttaa Opiskelijan Kompassi -hyvinvointiohjelmaa. Jos opiskelijalla ei ole
motivaatiota tai halua toteuttaa ohjelmaa, ja saada siitä apua, ei itsenäisestä verk-
kointerventiosta ole suurta hyötyä.

Opinnäytetyössä vastausten hajonta kertoi, että tutkimusasetelma ei karsinut pois
kaikkia opiskelijan elämän koettuun masennukseen vaikuttavia tekijöitä. Hajonta oli
mielenkiintoinen ilmiö tarkastella perustason analyysin ohessa. Vastauksien suuri va-
riatio, eli hajonta kertoi siitä, että tutkittavana oli kokemuksellinen ilmiö. Jos ilmiö
noudattaisi säännönmukaisuutta tai lakeja, suuri hajonta olisi ollut kummallinen tu-
los. Koetun masennuksen kaltaista kokemuksellista ilmiötä tarkastellessa voitiin
odottaa hajonnan esiintymistä ja sen muutosta. Hajontaa ilmeni alkumittauksissa

enemmän, kuin loppumittauksissa. Siitä pystyttiin toteamaan, että koettu masennus oli laskenut.

Jokseenkin ristiriitaiset tulokset voivat johtua esimerkiksi PHQ-9 -kyselyn rakenteesta. PHQ-9 -kyselyssä uneen liittyvä kysymys käsitteli nukahtamisvaikeuksia tai liikaa nukkumista ja ruokahaluun liittyvä kysymys käsitteli ruokahaluttomuutta tai ylen-
syömistä. Ei siis voida varmuudella tietää, kummasta kysymyksen asettelemasta ongelmasta opiskelija on vastatessaan kärsinyt. Esimerkiksi Beckin depressioseulassa (BDI) kysellään tarkemmin vastaajan mielipidettä painoon, syömiseen tai nukkumiseen. Voitiin siis todeta, että PHQ-9 -kysely ei ole yhtä hyvä keino selvittää ihmisen peruselämäntoimintojen ja masennuksen yhteyttä. Mutta PHQ-9 -kysely on kuitenkin yleisesti koetun masennuksen kyselynä hyvin korreloiva Beckin depressioseulan kanssa (Schutt ym. 2015, 1276-1277).

Opinnäytetyö esitti, kuinka koettu masennus on muuttunut Opiskelijan Kompassin aikana. Positiivisia muutoksia kohti lievempää koettua masennusta tapahtui huomattavasti enemmän, kuin negatiivisia muutoksia kohti pahempaa koettua masennusta. Muutoksen tapahtuessa pahempaan suuntaan, on kuitenkin syytä pohtia, olisiko opiskelija hyötynyt enemmän kasvokkaisesta terapiamuodosta. Opiskelijan Kompassi-ohjelmassa tarvittava hoitoonohjaus olisi yksi kehityskohde, joka jää pohdittavaksi tulevaisuutta ajatellen. Pahentuvissa koetun masennuksen tilanteissa voisi olla käytäntö siitä, kuinka opiskelijalle saadaan hänen tarvitsemaansa apua, jos Kompassiohjelma on hänelle riittämätön. Opinnäytetyön ja muiden Opiskelijan Kompassista tehtyjen tutkimusten mukaan, Opiskelijan Kompassi on pääsääntöisesti hyödyllinen ja toimiva väline koetun masennuksen käsittelyssä.

10.1 Eettisyys ja luotettavuus

Opinnäytetyön eettisyyttä toteutettiin noudattamalla ja sitoutumalla yleisesti hyväksytyihin tutkimuseettisiin periaatteisiin. Tämä tarkoitti opinnäytetyössä esimerkiksi oikeiden lähdeviitteiden tekemistä muiden henkilöiden tutkimuksiin ja töihin, muiden tutkimuksien kunnioittamista ilman vääristelyä tai tiedon pimittämistä, tutkimus-

lupien oikeaoppista kysymistä ja aineiston nimettömyyden kunnioittamista. Opinnäytetyössä sitouduttiin noudattamaan yhteistyökumppaneiden, sekä muiden toimijoiden säädöksiä. (Jyväskylän ammattikorkeakoulun Eettiset periaatteet 2018, 4-9.) Ihmisarvon kunnioittaminen, tieteen toimintatapojen tunnustaminen, rehellisyys, avoimuus ja läpinäkyvyys ovat yleisesti hyväksytyjä tutkimuksen eettisiä periaatteita. Tutkimuksen suunnittelu ja raportointi tulee olla säännönmukaista, järjestelmällistä ja huolellista. (Hirsjärvi 2008, 23-24.)

Ronkainen ja muut (2013) kirjoittavat, että aineistot tulee käsitellä hyvän tutkimuskäytännön mukaan täysin nimettömänä. Tutkimuslupien ja anonymiteetin tulee olla kunnossa. (Ronkanen ym. 2013, 126-127.) Anonymiteetin säilyttäminen oli tärkeä osa opinnäytetyön eettisyyttä ja tekijän eettistä osaamista. Opinnäytetyöstä ei muodostettu henkilökisteriä ja kaikki aineistot käsiteltiin täysin nimettöminä. Opinnäytetyöstä päätettiin olla kertomatta, missä suomalaisessa korkeakoulussa opinnäytetyö on toteutettu. Näin varmistettiin, että opinnäytetyöstä ei voi tulla selväksi opiskelijoita, jotka ovat osallistuneet Opiskelijan Kompassi -hyvinvointiohjelmaan. Kaikilta opiskelijoilta pyydettiin henkilökohtainen tutkimuslupa, kyselyitä kerätessä. Vain hyväksyvästi vastanneiden opiskelijoiden vastauksia käytettiin opinnäytetyön aineistossa. Opinnäytetyössä sitouduttiin noudattamaan juridisia ja ammatillisia eettisiä vaatimuksia, kaikilla osa-alueilla.

Opinnäytetyön luotettavuutta arvioitiin alusta alkaen. Esimerkiksi tutkimusmenetelmiä vertailtiin ja pohdittiin, jotta saatiin valittua sopivin ja luotettavin aineiston tutkimiseen. Teoriaosuudessa huomioitiin käytettyjen lähteiden luotettavuus. Lähteiden luotettavuutta arvioitiin esimerkiksi kiinnittämällä huomiota julkaisun sisältöön, kontekstiin, julkaisijaan ja kustantajaan sekä julkaisuvuoteen. Tutkimus ei onnistu, jos luotettavuutta tarkastellaan jälkijättöisesti (Kananen 2015, 351). Tutkimuksen luotettavuudesta puhuttaessa viitataan usein validiteettiin ja reliabiliteettiin. Tutkimuksen reliabiliteetilla tai reliabeliudella tarkoitetaan mittaustulosten toistettavuutta. (Hirsjärvi ym. 2008, 226-227.) Reliabiliteetti on siis mittauksen luotettavuus. Onko tutkimus yhdenmukainen, onko mittari tarkka ja onko tutkimus samalla periaatteella toistettavissa samoin tuloksin. (Ronkanen ym. 2013, 130-131.) Validiteetti tarkoittaa mittarin tai menetelmän kykyä mitata haluttua tekijää. Validiteetista erotetaan usein

kaksi pääsuuntaa, sisäinen ja ulkoinen validiteetti. (Ronkanen ym. 2013, 130-131.) Sisäisen validiteetin avulla arvioidaan tutkimuksen sisäistä logiikkaa ja johdonmukaisuutta. Onko tutkija tehnyt johdonmukaisen analyysin, taulukoinnin ja johtopäätökset. Ulkoinen validiteetti taas arvioi tutkimustulosten yleistettävyyttä ja siirrettävyyttä. Pohditaan siis, kuinka hyvin tulokset toistuvat vastaavissa ilmiöissä, mutta tutkimuksen ulkopuolella. (Kananen 2015, 347.)

Opinnäytetyön aineisto kerättiin valmiiksi strukturoidulla ja operationalisoidulla lomakkeella, jolloin virheen mahdollisuus lomakkeen laatimisessa oli karsittu minimiin. Lomakkeen ja aineistonkeruun reliabiliteettia ja validiteettia tarkasteltiin alusta asti. Sisäistä validiteettia pyrittiin pitämään yllä koko tutkimuksen ajan. Huolelliset analysoinnit, taulukoinnit ja tulkinnat tehtiin järjestelmällisesti ja kaikki tarkastaen. Sisäistä validiteettia tuki myös tutkijan etäisyys tutkittavista. Aineiston keruun suorittivat opintojakson opettajat, joten opinnäytetyössä tutkija oli etäällä tutkimusryhmästä. Tämä karsi tunneperäisten tulkintojen ja havainnoinnin tekemistä. Ulkoista validiteettia arvioitiin pohdinnassa muiden tutkimuksien tulosten kautta. Muissa tutkimuksissa esitetyt tulokset otettiin mukaan arvioimaan opinnäytetyön tulosten validiteettia.

Opinnäytetyön tulosten yleistettävyyteen ja luotettavuuteen voi vaikuttaa pieni otos. PHQ-9 -kyselyyn vastanneita opiskelijoita oli 17. Opiskelijat vastasivat alkumittaukseen ja loppumittaukseen, jolloin tutkittavia aineistoja oli yhteensä 34. Alkuperäistä aineistoa oli yhteensä 38, joista karsittiin pois puutteelliset vastaukset. Aineistojen huolellinen tarkastaminen ja puutteellisten vastausten karsiminen tuki opinnäytetyön luotettavuutta, kun mukaan ei otettu mahdollisesti tuloksia vääristäviä vastauksia. Aineiston pieni määrä aiheutti sen, että pohdinnassa pyrittiin esittämään kattavasti muiden tutkimuksien tuloksia Kompassista sekä muista verkkointerventioista. Opinnäytetyön pohdintaosuudessa esitettiin, että opinnäytetyö on linjassa muihin, jo aiemmin tehtyihin tutkimuksiin ja niiden tuloksiin. Näin opinnäytetyölle haettiin lisää luotettavuutta sekä tulosten yleistettävyyttä ja siirrettävyyttä.

Opinnäytetyössä käytettiin suurta huomiota tutkimuskäytänteiden oikeaoppiseen toteuttamiseen, jotta opinnäytetyön reliabiliteetti ja validiteetti eivät kärsi. Määrällisen

tutkimuksen käytänteitä luettiin ja selvitettiin koko matkan ajan. Kaikki laskutoimitukset tarkastettiin kahdesti, jotta virhetuloksilta vältyttäisiin. Varsinkin havaintomatriisin tekoon kiinnitettiin paljon huomiota, koska siitä laskettiin aineiston tunnus- ja hajontaluvut. Havaintomatriisi tehtiin ensin kokonaisuudessaan ja sen jälkeen tarkastettiin, että kaikki arvot ovat oikein. Määrällisen tutkimuksen menetelmät pyrittiin selittämään teoreettisesti ja tämän jälkeen avaamaan työntekoa vaihe vaiheelta, jotta mitään tietoja ei jätettäisi kertomatta. Opinnäytetyöstä tehtiin looginen ja läpinäkyvä kokonaisuus, jossa yhdestä asiasta puhutaan yhdellä termillä ja kaikki työn vaiheet on selitetty.

10.2 Jatkotutkimusaiheet

Opinnäytetyön aikana heräsi ajatuksia jatkotutkimusaiheista. Opiskelijan Kompassin hyötyjä psyykkiseen oireiluun, masennukseen, ahdistukseen ja stressiin on tutkittu ja Opiskelijan Kompassista on todettu olevan hyötyä psyykkiseen hyvinvointiin ja sen parantamiseen (Puolakanaho ym. 2018; Muhonen ja Pesonen 2019; Räsänen 2016, 2019; Mäenpää ja Peltola 2018). Selkamon (2018) tutkimuksessa kiinnostavaa oli uusi lähestymistapa Opiskelijan Kompassiin. Tutkimuksessa kerrottiin, että Opiskelijan Kompassilla ei ollut hyötyä esimerkiksi korkeakouluopiskelijoiden urasuunnittelussa. (Selkamo 2018, 24.) Yksi jatkoidea Kompassiohjelman kehittämiseksi voisi olla urasuunnittelun lisääminen yhdeksi poluksi Kompassiohjelmaan. Arnettin (2015) mukaan suuri osa 19-25 vuotiaista opiskelijoista elää muotoutuvan aikuisuuden vaihetta, johon voi kuulua pelkoa ja ahdistusta tulevasta (Arnett 2015, 332). Ehkä urapolkujen tai urasuunnittelun tukemisen lisääminen Opiskelijan Kompassiin voisi vähentää tätä pelkoa.

Sosiaali- ja terveysalaa ajatellen Opiskelijan Kompassi voi olla loistava työväline myös muilla työkentillä. Opiskelijan Kompassin toisen version Nuorten Kompassin toimivuutta voisi tutkia esimerkiksi lastensuojelulaitoksissa. Opiskelijan Kompassi voisi olla siirrettävissä mihin tahansa toimintaympäristöön, jossa asiakkaat kokevat stressiä, ahdistusta tai masennusta. Opiskelijan Kompassia voisi siis tutkia eri toimintaympäristöissä.

Jatkotutkimusaiheeksi nousi myös sosiaali- ja terveysalan työntekijöiden perehdyttäminen ja kokemusten kerääminen Kompassiohjelmasta. Työntekijöitä voisi esimerkiksi pyytää itse käymään Opiskelijan Kompassia läpi itsenäisesti ja sen jälkeen järjestää kyselyn tai haastattelun, miten he näkisivät Kompassin toimivuuden omassa työssään. Vaihtoehtona olisi myös antaa heidän itse käyttää Kompassiohjelmaa työssään, ja kertoa sen jälkeen kokemuksia sen toimivuudesta. Tässä täytyy tietenkin muistaa, että Opiskelijan Kompassi on Jyväskylän Yliopiston omistama, ja sitä ei voi vain kopioida. Internetistä löytyy Opiskelijan Kompassille ilmainen vastine Headsted-ohjelma, joka on tehty tiiviissä yhteistyössä Jyväskylän Yliopiston kanssa. Esimerkiksi tällaisen ohjelman toimivuutta voisi tutkia eri toimintaympäristöissä ja eri sosiaali- ja terveysalan toimihenkilöillä. Myös korkeakouluissa voisi järjestää koulutusta HOT-perustaisten menetelmien käytöstä ja tutkia tulevien ammattilaisten mielipiteitä ja kokemuksia näistä menetelmistä. Kuinka moni sosionomiopiskelijoista esimerkiksi kokisi Headstedin tai Opiskelijan Kompassin kaltaiset menetelmät hyödylliseksi?

Lähteet

Ala-Nikkola, R. 2008. Masentuneen opiskelijan opiskelukyky ja opinto-ohjauksen tarve. Pro Gradu. Tampereen yliopisto. Kasvatustieteiden laitos. Viitattu 15.3.2020. <https://trepo.tuni.fi/bitstream/handle/10024/79019/gradu02584.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Arnett, J. 2015. Emerging adulthood The Winding Road from the Late Teens Through the Twenties. Second Edition. Oxford University Press.

Bendelin, N., Hesser, H., Dahl, J., Carlbring, P., Zetterqvist Nelson, K., Andersson, G. 2011. Experiences of guided Internet-based cognitive-behavioural treatment for depression: A qualitative study. Research Article. BMC Psychiatry 2011, 11:107. Viitattu 22.4.2020. <https://bmcp psychiatry.biomedcentral.com/track/pdf/10.1186/1471-244X-11-107>

Crosby, J.M., Bates, S.C., Twohig, M.P. 2011. Examination of the Relationship Between Perfectionism and Religiosity as Mediated by Psychological Inflexibility. Curr Psychol (2011) 30:117–129. Springer Science+Business Media, LLC 2011. Viitattu 2.4.2020. <https://search-proquest-com.ezproxy.jamk.fi:2443/docview/869069958/fulltextPDF/648930CD523B4A71PQ/6?accountid=11773>

Diener, E., Suh, E. N.d. Measuring Subjective Well-being to Compare the Quality of Life Of Cultures. Teoksessa: Diener, E., Suh E. 2004. Culture and Subjective Well-being. The MIT Press. Cambridge & Massachusetts. Viitattu 31.3.2020. https://books.google.fi/books?id=1A2siA19hKYC&printsec=frontcover&hl=fi&source=gbs_ge_summary_r&cad=0#v=onepage&q&f=false

Elyirmaz, A. 2011. Investigating Adolescents' Subjective Well-Being with Respect to Using Subjective Well-Being Increasing Strategies and Determining Life Goals. The Journal of Psychiatry and Neurological Sciences 2011;24:44-51. Viitattu 25.4.2020. <https://search-proquest-com.ezproxy.jamk.fi:2443/docview/864889410/fulltextPDF/FDB78588F2764F6EPQ/2?accountid=11773>

Gratzer, D., Khalid-Khan, F. 2016. Internet-delivered cognitive behavioural therapy in the treatment of psychiatric illness. Canadian Medical Association. Journal: CMAJ; Ottawa Vol. 188 (4). 263-272. Viitattu 27.4.2020. <https://search-proquest-com.ezproxy.jamk.fi:2443/docview/1770816651/fulltextPDF/98AAED5751B94081PQ/1?accountid=11773>

- Haapala, A-M. 2008. Psykologisen joustavuuden yhteys hoitotulokseen hoidettaessa masennusta kognitiivisella käyttäytymisterapialla ja hyväksymis- ja omistautumisterapialla. Pro Gradu. Tampereen Yliopisto. Viitattu 11.12.2019.
<https://trepo.tuni.fi/bitstream/handle/10024/78811/gradu02384.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Harris, R. 2007. ACT Made Simple. Viitattu 26.1.2020. https://www.charlestoncounselingportal.com/uploads/1/2/1/6/121600458/act_made_simple_manual-russ_harris.pdf
- Harris, R. 2016. Onnellisuusansa Elinvoimaa hyväksymisen ja omistautumisen avulla. Suom. Pietikäinen, A. Kustannus OY Duodecim.
- Hayes, S.C. & Smith, S. 2008. Vapaudu mielesi vallasta ja ala elää. Suom. P. & R. Lappalainen. Tampere : Suomen käyttäytymistieteellinen tutkimuslaitos 2008.
- Hayes, S., Luoma, J., Walser, R. 2007. Learning ACT An Acceptance & commitment Therapy Skills-Training Manual for Therapists. Viitattu 11.12.2019.
https://books.google.fi/books?hl=en&lr=&id=PiB8rZROo88C&oi=fnd&pg=PP12&dq=ACT+therapy&ots=uXvy3DsYlt&sig=vwYPMZEE_qO03ehs1hpfeYPOIBw&redir_esc=y#v=onepage&q=ACT%20therapy&f=false
- Herrala, A., Luoma, H. 2017. Hyväksymis- ja omistautumisterapiaan pohjautuva verkko-interventio opiskelijoille: Psykologisen joustavuuden kasvun merkitys ja vaikutukset hyvinvointiin sekä yhteydet opittuihin taitoihin ja muutkokokemuksiin. Pro Gradu. Jyväskylän yliopisto. Psykologian laitos. Viitattu 2.4.2020.
<https://jyx.jyu.fi/bitstream/handle/123456789/54697/URN%3aNBN%3afi%3ajyu-201706273073.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Hirsjärvi, S., Remes, P., Sajavaara, P. 2008. Tutki ja kirjoita. Kustannusosakeyhtiö Tammi.
- Hirvilampi, T. 2015. Kestävän hyvinvoinnin jäljillä Ekologisten kysymysten integroiminen hyvinvointitutkimukseen. Sosiaali- ja terveysturvan tutkimuksia 136. Kelan tutkimusosasto. Viitattu 29.3.2020. https://www.researchgate.net/profile/Tuuli_Hirvilampi/publication/301693884_Kestavan_hyvinvoinnin_jaljilla_Ekologisten_kysymysten_integroiminen_hyvinvointitutkimukseen_In_search_of_sustainable_well-being_Integrating_ecological_issues_into_wellbeing_research/links/5723125308ae586b21d54cf3/Kestaevaen-hyvinvoinnin-jaeljillae-Ekologisten-kysymysten-integroiminen-hyvinvointitutkimukseen-In-search-of-sustainable-wellbeing-Integrating-ecological-issues-into-wellbeing-research.pdf
- Huttunen, M. 2018. Masennus. Lääkärikirja Duodecim. Viitattu 21.1.2020.
https://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00389&p_hakusana=masennus

Hyvinvointi. 2019. THL. Viitattu 22.2.2020. <https://thl.fi/fi/web/hyvinvointi-ja-terveyserot/eriarvoisuus/hyvinvointi>

Jyväskylän ammattikorkeakoulun Eettiset periaatteet. 2018. Opintoasioiden lautakunta. Viitattu 8.2.2020. <https://www.jamk.fi/globalassets/opinto-opas-amk/opiskelu/pedagogiset-ja-eettiset-periaatteet/eettiset-periaatteet-11122018.pdf>

Kaila, E., Väisänen, A., Leino, T., Laamanen, A., Vihtonen, T., Hyvärinen, H-K., Varjonen, J. 2012. ToMaHoK Toimiva masennuksen hoitokäytäntö työterveyshuollossa. Työterveyslaitos. Viitattu 23.4.2020. <https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/134945/ToMaHoK.pdf>

Kananen, J. 2011. KVANTTI Kvantitatiivisen opinnäytetyön kirjoittamisen käytännön opas. Jyväskylän ammattikorkeakoulu julkaisuja.

Kananen, J. 2015. Opinnäytetyön kirjoittajan opas Näin kirjoitat opinnäytetyön tai pro gradun alusta loppuun. Jyväskylän ammattikorkeakoulun julkaisuja.

Kato, T. 2016. Impact of psychological inflexibility on depressive symptoms and sleep difficulty in a Japanese sample. Development of Social Psychology. Toyo University. Springer Plus. (2016) 5:712. Viitattu 2.4.2020. <https://search-proquest-com.ezproxy.jamk.fi:2443/docview/1846935472/fulltextPDF/648930CD523B4A71PQ/5?accountid=11773>

Kokko, K.2017. Mitä mielen hyvinvointi on? JYX-artikkeli. Viitattu 29.3.2020. <https://jyx.jyu.fi/bitstream/handle/123456789/54842/1/kokkomielenhyvinvointi.pdf>

Kunttu, K., Pesonen, T., Saari, J. 2016. Korkeakouluopiskelijoiden terveystutkimus 2016. Ylioppilaiden terveydenhoitosäätiön tutkimuksia 48. Viitattu 21.1.2020. https://www.yths.fi/app/uploads/2020/01/KOTT_2016-1.pdf

Käypä Hoito. 2020. Depressio. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Psykiatriayhdistys ry:n asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. Viitattu 21.1.2020. <https://www.kaypahoito.fi/hoi50023#K1>

Luhtasaari, S. 2009. Depis Masennuksen eri muodot. Kustannus OY Duodecim

Markkula, N., Suvisaari, J. 2018. Onko masennus lisääntynyt suomalaisessa aikuisväestössä? Artikkel. Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti – Journal of Social Medicine 2018: 55: 189–199. Viitattu 2.3.2020. <https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/137691/74420-Artikkelin%20teksti-100777-1-10-20180831.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Maslow, A. 2014. A Theory of human motivation. Sublime Books.

Mendoza, H., Goodnight, B.L., Capornio, N.E., Masuda, A. 2016. Psychological Distress among Latina/o College Students: the Roles of Self-Concealment and Psychological Inflexibility. *Curr Psychol* (2018) 37:172–179. Springer Science+Business Media New York 2016. Viitattu 21.4.2020. <https://search-proquest-com.ezproxy.jamk.fi:2443/docview/2015496269/fulltextPDF/F912FBEBF36524DF5PQ/1?accountid=11773>

Meriläinen, M. 2013. Opiskelijoiden hyvinvointi ja siihen yhteydessä olevat opiskeluympäristökijät Mikkelin ammattikorkeakoulussa. Teoksessa: Meriläinen, M., Haapala, A., Vänttinen, T. 2013. Opiskelijoiden hyvinvointi ja siihen yhteydessä olevia tekijöitä. Lähtökohtia ja tutkittua tietoa ohjauksen ja pedagogiikan kehittämiseen. Mikkelin ammattikorkeakoulu. Tutkimuksia ja raportteja 77. Viitattu 22.2.2020. <https://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/55644/URNISBN9789515883650.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Muhonen, M., Pesonen, K., 2019. Hyväksymis- ja omistautumisterapia pohjaisen ryhmäintervention vaikuttavuus opiskelijoiden hyvinvointiin. *Pro Gradu*. Jyväskylän yliopisto. Psykologian laitos. Viitattu 26.1.2020. <https://jyx.jyu.fi/bitstream/handle/123456789/65010/Pro%20gradu%20-tutkielma%20Muhonen%20ja%20Pesonen.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Mäenpää, M., Peltola, K. 2018. Psykologisen joustamattomuuden, tietoisuustaitojen ja tehtyjen sanavalintojen yhteys opiskelijoiden kokemaan stressiin ja sen muutoksiin verkkovälitteisen hyvinvointiohjelman aikana. *Pro Gradu*. Jyväskylän yliopisto. Psykologian laitos. Viitattu 1.4.2020. <https://jyx.jyu.fi/bitstream/handle/123456789/58600/URN%3aNBN%3afi%3ajyu-201806183247.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Nussbaum, M. 2011. *Creating Capabilities. The Human Development Approach*. The Belknap press of Harvard University press. Cambridge, Massachusetts and London England. Viitattu 25.4.2020. https://books.google.fi/books?hl=fi&lr=&id=Gg7Q2V8fi8gC&oi=fnd&pg=PR7&dq=nussbaum+theory+of+capability&ots=l2-Dj8WPgh&sig=aTAVRY-fOy1eXv_Ap68keJnWgu6U&redir_esc=y#v=onepage&q=nussbaum%20theory%20of%20capability&f=false

Nuworza, K., Ethel, A., Kingley, N., Nkansah, A. 2014. SUBJECTIVE HAPPINESS MEDIATES THE RELATIONSHIP BETWEEN EMOTIONAL INTELLIGENCE AND PSYCHOLOGICAL DISTRESS AMONG STUDENTS: A PATH ANALYSIS *Gender & Behaviour*, 16(3), 2018, 11885 - 11893 Copyright (c) 2018 © Ife Centre for Psychological Studies/Services, Nigeria ISSN: 1596-9231. Viitattu 30.3.2020. <https://search-proquest-com.ezproxy.jamk.fi:2443/docview/2167241827/fulltextPDF/255CDD432D124A93PQ/1?accountid=11773>

Opiskelijan Kompassi – verkkopohjainen hyvinvointiohjelma. N.d. Jyväskylän Yliopisto. Viitattu 21.1.2020. <https://www.jyu.fi/studentlife/hyvinvointi/Ok%20sivu>

Opiskelijoiden mielenterveys. 2019. Mielenterveys. THL. Viitattu. 21.1.2020. <https://thl.fi/web/mielenterveys/mielenterveyden-edistaminen/opiskelijoiden-mielenterveys>

Phelan, E., Williams, B., Meeker, K., Bonn, K., Frederick, J., LoGerfo, J., Snowden, M. 2010. A study of the diagnostic accuracy of the PHQ-9 in primary care elderly. BMC Family Practice; London Vol. 11:63. Viitattu 6.2.2020. <https://search-proquest-com.ezproxy.jamk.fi:2443/docview/902101371/86365EE5EFC340CAPQ/6?accountid=11773>

Pietikäinen, A. 2014. Kohti arvoistasi - Suuntaa mielekkäisiin muutoksiin. Kustannus Oy Duodecim. 1.-2. painos.

Piikkilä, E. 2012. Masennus parisuhteessa puolison kokemana. Pro Gradu. Tampereen yliopisto. Terveystieteiden yksikkö. Viitattu 25.1.2012. <https://trepo.tuni.fi/bitstream/handle/10024/83333/gradu05729.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Puolakanaho, A., Kiuru, N., Lappalainen, P. 2019. HOT-pohjaiset verkko- ja mobiili-interventiot nuorten koulutyön tukena. Psykologia 54 (01), 2019. Viitattu 1.2.2020. https://optima.jamk.fi/learning/id2/bin/doc_show?id=4733498

Puolakanaho, A., Lappalainen, R., Lappalainen, P., Muotka J.S., Hirvonen, R., Kenneth, E. M., Ahonen, T. P. S., Kiuru, N. 2018. Reducing Stress and Enhancing Academic Buoyancy among Adolescents Using a Brief Web-based Program Based on Acceptance and Commitment Therapy: A Randomized Controlled Trial". Viitattu 1.2.2020. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6394525/>

Rahikainen, J. 2016. Yliopisto-opiskelijan kokema päivittäinen hyvinvointi ja stressi. Pro Gradu. Jyväskylän yliopisto. Kasvatustieteiden laitos. Viitattu 25.2.2020. <https://jyx.jyu.fi/bitstream/handle/123456789/50233/URN%3aNBN%3afi%3ajyu-201606092998.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Ranta-Tyrkkö, S., Ropo, A. N.d. Turvallista hyvinvointia – mitä, kenelle, miten ja miksi. TamPub. Viitattu 22.2.2020. https://trepo.tuni.fi/bitstream/handle/10024/100249/turvallista_hyvinvointia_mita_kenelle.pdf?sequence=1

Ronkainen, S., Pehkonen, L., Lindholm-Yläne, S., Paavilainen, E. 2013. Tutkimuksen voimasanat. Sanoma pro OY.

- Ryan, R., Deci, E. 2001. On happiness and human potentials. A review of research on hedonic and eudaimonic well-being. *Annual Review of Psychology* 2001; 52: 141–166.
- Räsänen, P., Lappalainen, P., Muotka, J., Tolvanen, A., Lappalainen, R. 2016. An online guided ACT intervention for enhancing the psychological wellbeing of university students: A randomized controlled clinical trial. *Behaviour Research and Therapy*, 78(C), 30-42. Viitattu 12.2.2020. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2016.01.001>
- Räsänen, P., Nyrhinen, R., Tolvanen, A., Lappalainen, R. 2019. What kind of online coach support is helpful in reducing psychological distress in a blended Acceptance and Commitment therapy intervention? Results from an RCT study for university students that employed Artificial Intelligence (A.I.) text analysis. *World Conference of Cognitive Behavioral Therapies, Berlin 2019*. Poster presentation. Viitattu 26.1.2020. <https://wcbct2019.org/poster-awards>
- Salmela-Aro K. Opiskelu-uupumusmittari SBI-9 yliopisto- ja ammattikorkeakouluopiskelijoille. 2009. *Ylioppilaiden terveydenhoitosäätiön tutkimuksia 46*, Helsinki 2009. Viitattu 31.3.2020. <https://docplayer.fi/425229-Opiskelu-uupumusmittari-sbi-9.html>
- Salmela-Aro, K., Nurmi, J-E. 2017. Henkilökohtaiset tavoitteet, hyvinvointi ja elämäntyytyminen. Teoksessa: Salmela-Aro, K., Nurmi, J-E. 2017. *Mikä meitä liikuttaa Motivaatio-psykologian perusteet*. s.32-42. PS kustannus Jyväskylä.
- Schutt, P., Kung, S., Clark, M., Koball, A., Grothe, K-B. 2015. Comparing the Beck Depression Inventory-II (BDI-II) and Patient Health Questionnaire (PHQ-9) Depression Measures in an Outpatient Bariatric Clinic. *Obesity Surgery; New York* Vol. 26, Iss. 6, (Jun 2016): 1274-1278. Viitattu 6.2.2020. <https://search-proquest-com.ezproxy.jamk.fi:2443/docview/1786764633/fulltextPDF/86365EE5EFC340CAPQ/1?accountid=11773>
- Selkamo, S., 2018. Jyväskylän yliopiston palvelut opiskelijoiden uraohjaustarpeiden näkökulmasta. Teoksessa: Rantanen, J. 2018. *Onko hoppu? -kehittämistutkimus: Yliopisto opiskelijoiden urasuunnittelutaitojen ja työelämävalmiuksien vahvistaminen*. Student life. Jyväskylän yliopisto. 15-29. Viitattu 1.4.2020. <https://jyx.jyu.fi/bitstream/handle/123456789/59833/978-951-39-7581-4.pdf?sequence=2&isAllowed=y>
- Shiah, Y-J., Chang, F., Chiang, S-K., Tam W-C.C. 2016. Religion and Subjective Well-Being: Western and Easterns Religious Groups Achieved Subjective Well-Being in Different Ways. *Journal of Relig Health* (2016) 55:1263–1269. Viitattu 25.4.2020. <https://search-proquest-com.ezproxy.jamk.fi:2443/docview/1791567464/fulltextPDF/FDB78588F2764F6EPQ/3?accountid=11773>

Simula, K. 2016. Korkeakouluopiskelijoiden yksinäisyyden kokemukset ja yksinäisyyden kokemuksen vähentämisen keinot. Pro Gradu. Jyväskylän yliopisto. Yhteiskuntatieteiden ja filosofian laitos. Viitattu 1.4.2020. <https://jyx.jyu.fi/bitstream/handle/123456789/53100/URN%3aNBN%3afi%3ajyu-201702231515.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Stefanopoulou, E., Lewis, D., Taylor, M., Broscombe, J., Ahmad, J., Larkin, J. 2018. Are Digitally Delivered Psychological Interventions for Depression the Way Forward? A Review. *Psychiatric Quarterly*; New York Vol. 89, Iss. 4. 779-794. Viitattu 27.4.2020. <https://search-proquest-com.ezproxy.jamk.fi:2443/docview/2024904991/fulltextPDF/651EC26772A442BEPQ/2?accountid=11773>

The Growth and Development of College Students. 2010. Kendall Hunt Publishing Co. Viitattu 25.4.2020. https://he.kendallhunt.com/sites/default/files/uploadedFiles/Kendall_Hunt/Content/Higher_Education/Uploads/Ch08_Blimling_7e.pdf

Topooco, N., Berg, M., Johansson, S., Liljethörn, L., Radvogin, E., Vlaescu, G., Bergman Nordgren, L., Zetterqvist, M., Andersson, G. 2018 Chat- and internet-based cognitive-behavioural therapy in treatment of adolescent depression: randomised controlled trial. *BJPsych Open* (2018) 4, 199–207. Viitattu 27.4.2020. <https://search-proquest-com.ezproxy.jamk.fi:2443/docview/2216663893/fulltextPDF/AAA2C8474944437APQ/1?accountid=11773>

Valkonen, J. 2008. Psykoterapia, masennus ja sisäinen tarina. Kuntoutussäätiön tutkimuksia. *Research Reports* 77/2007. Viitattu 12.2.2020. https://kuntoutussaatio.fi/files/163/Psykoterapia_masennus_ja_sisainen_tarina.pdf

Wiersma, J.E., Titov, N., Van Schaik, D.J.F., Van Oppen, P., Beekman, A.T.F., Cuijpers, P., Andrews, G.A. 2001. Treating Chronic Symptoms of Depression in the Virtual Clinic: Findings on Chronicity of Depression in Patients Treated with Internet-Based Computerized Cognitive Behaviour Therapy for Depression. *Psychother Psychosom* 2011;80:313–315. Viitattu 25.1.2020. <https://search-proquest-com.ezproxy.jamk.fi:2443/docview/883072826/C327360950A344C7PQ/18?accountid=11773>

Vilkka, H. 2007. Tutki ja mittaa Määrällisen tutkimuksen perusteet.

Wilson, K, T., Bohnert, A, E., Ambrose, A., Davis, D, Y., Jones, D, M., Magee, M, J. 2012. Social, behavioural, and sleep characteristics associated with depression symptoms among undergraduate students at a women's college: a cross-sectional study depression survey 2012. *Bio Med Central*. Viitattu 30.3.2020. <https://search-proquest-com.ezproxy.jamk.fi:2443/docview/1477571878/7630EF5A398B4D03PQ/2?accountid=11773>

Yang, S-Y., Moss-Morris, R., M.McCracken, L.2017. iACT-CEL: A Feasibility Trial of a Face-to-Face and Internet-Based Acceptance and Commitment Therapy Intervention for Chronic Pain in Singapore. Hindawi Publishing Corporation. Pain Research and Treatment Volume 2017, Article ID 6916915, 14 pages. Viitattu 22.4.2020.
<https://search-proquest-com.ezproxy.jamk.fi:2443/docview/1874736419/fulltextPDF/B96318E5CE454597PQ/1?accountid=11773>

Zimmerman, M., Balling, C., Chelminski, I., Dalrymple, K. 2018. Understanding the severity of depression: Which symptoms of depression are the best indicators of depression severity? Comprehensive Psychiatry 87 (2018) 84-88. Viitattu 24.1.2020.
<https://search-proquest-com.ezproxy.jamk.fi:2443/docview/2132677895/DA0A2C06447C4A04PQ/2?accountid=11773>

Liitteet

Liite 1. PHQ-9 -Kysely

PHQ-9-terveyskysely

Kuinka usein **viimeisen kahden viikon aikana** ovat seuraavanlaiset ongelmat vaivanneet sinua?

1. Vain vähäistä mielenkiintoa tai mielihyvää erilaisten asioiden tekemisestä

- Ei ollenkaan (0 p)
- Useina päivinä (1 p)
- Enemmän kuin puolet ajasta (2 p)
- Lähes joka päivä (3 p)

2. Alakuloisuutta, masentuneisuutta, toivottomuutta

- Ei ollenkaan (0 p)
- Useina päivinä (1 p)
- Enemmän kuin puolet ajasta (2 p)
- Lähes joka päivä (3 p)

3. Vaikeuksia nukahtaa, pysyä unessa tai liiallista nukkumista

- Ei ollenkaan (0 p)
- Useina päivinä (1 p)
- Enemmän kuin puolet ajasta (2 p)
- Lähes joka päivä (3 p)

4. Väsymystä tai voimattomuutta

- Ei ollenkaan (0 p)
- Useina päivinä (1 p)
- Enemmän kuin puolet ajasta (2 p)
- Lähes joka päivä (3 p)

5. Ruokahaluttomuutta tai liiallista syömistä

- Ei ollenkaan (0 p)
- Useina päivinä (1 p)
- Enemmän kuin puolet ajasta (2 p)
- Lähes joka päivä (3 p)

6. Huonommuuden tai epäonnistumisen tunteita tai tunne siitä, että olet tuottanut pettymyksen itsellesi tai perheellesi

- Ei ollenkaan (0 p)
- Useina päivinä (1 p)
- Enemmän kuin puolet ajasta (2 p)
- Lähes joka päivä (3 p)

PHQ-9-terveyskysely

7. Vaikeutta keskittyä asioihin kuten sanomalehden lukemiseen tai television katseluun

- Ei ollenkaan (0 p)
- Useina päivinä (1 p)
- Enemmän kuin puolet ajasta (2 p)
- Lähes joka päivä (3 p)

8. Puhumisen tai liikkumisen hitautta, jonka muutkin voisivat huomata tai vastakohtaisesti rauhattomuutta tai liikehtimistä paljon tavallista enemmän

- Ei ollenkaan (0 p)
- Useina päivinä (1 p)
- Enemmän kuin puolet ajasta (2 p)
- Lähes joka päivä (3 p)

9. Ajatuksia, että olisi parempi, jos olisit kuollut tai että haluaisit vahingoittaa itseäsi jotenkin

- Ei ollenkaan (0 p)
- Useina päivinä (1 p)
- Enemmän kuin puolet ajasta (2 p)
- Lähes joka päivä (3 p)

Pisteet yhteensä:

0-4 pistettä: ei masennusta

5-9 pistettä: lievä masennus

10-14 pistettä: kohtalainen masennus

15-19 pistettä: kohtalaisen vakava masennus

20 pistettä tai yli: vakava masennus

Liite 2. Aineistonhallinnan suunnitelma

OPISKELIJAN KOMPASSIN VAIKUTUS KOETTUUN MASENNUKSEEN

1. GENERAL DESCRIPTION OF THE DATA

1.1 What kinds of data is your research based on? What data will be collected, produced or reused? What file formats will the data be in? Additionally, give a rough estimate of the size of the data produced/collected.

- A. Opinnäytetyö tehdään valmiin aineiston pohjalta. Aineistona käytetään PHQ-9 -terveyskyselyä, joka on kerätty Opiskelijan Kompassi -ohjelmaan osallistuneilta opiskelijoilta.
- B. Opinnäytetyön aineisto, eli PHQ-9 -kyselyt, on kerätty Ammattikorkeakoulun opettajien toimesta opintojakson alussa ja lopussa. Kyselyt ovat paperisessa muodossa.
- C. Aineistoa on karkeasti 15-30kpl.

1.2 How will the consistency and quality of data be controlled?

- A. Aineiston keruun on suorittanut muu henkilö, kuin opinnäytteen tekijä itse. Se tuo tutkijalle etäisyyttä aineistoon.
- B. Aineisto käsitellään alkuperäisessä muodossa, ilman välikäsiä tai muuntelua.

2. ETHICAL AND LEGAL COMPLIANCE

2.1 What legal issues are related to your data management? (For example, GDPR and other legislation affecting data processing.)

- A. Aineisto käsitellään täysin nimettömänä ja aineistosta ei muodostu henkilötietorekisteriä. Tutkittavia henkilöitä ei voida tunnistaa tutkimusaineiston perusteella.
- B. Opinnäytteen tekijä ei kerää aineistoa, vaan toimii kolmantena osapuolena aineiston analysoinnissa.

2.2 How will you manage the rights of the data you use, produce and share?

- A. Kaikilta kyselyihin vastanneilta on kysytty tutkimuslupa, käyttää vastauksia opinnäytetyössä tai jatkotutkimuksissa. Opinnäytetyössä käytetään vain niitä aineistoja, joihin vastanneet ovat antaneet suostumuksen.
- B. Opinnäytetyön tekemiseen ja aineistoon itsessään pyydetään tutkimuslupa Jyväskylän ammattikorkeakoululta.

3. DOCUMENTATION AND METADATA

3.1 How will you document your data in order to make it findable, accessible, interoperable and re-usable for you and others? What kind of metadata standards, README files or other documentation will you use to help others to understand and use your data?

- A. Aineisto dokumentoidaan määrällisin keinoin. Aineisto taulukoidaan asianmukaisesti ja tutkimuskysymyksiin etsitään vastauksia aineiston avulla. Opinnäytetyön tekijä ei tee omia tulkintoja ja päätelmiä ilman aineistoa. Aineistoon viitataan Jyväskylän Ammattikorkeakoulun sääntöjen ja hyvän tieteellisen käytännön mukaan.
- B. Valmis opinnäytetyö on luettavissa muille Theseus-järjestelmässä. Opinnäytetyö on näin ollen löydettävissä ja hyödynnettävissä muille.

4. STORAGE AND BACKUP DURING THE RESEARCH PROJECT

4.1 Where will your data be stored, and how will it be backed up?

A. Aineistoa säilytetään kahden lukon takana opinnäytetyön tekijän luona. Arkistokaappi mahdollistaa aineiston säilytyksen. Aineistoa varten on hankittu vielä lukollinen laatikko, joka voidaan laittaa arkistokaappiin. Vaihtoehtoisesti aineistoa voidaan säilyttää opinnäytetyön ohjaajan työhuoneessa lukkojen takana Jyväskylän Ammattikorkeakoululla.

4.2 Who will be responsible for controlling access to your data, and how will secured access be controlled?

A. Opinnäytetyön tekijä on ainoa, joka analysoi aineistoa. Opinnäytetyön sisällönohjaaja ja menetelmäohjaaja voivat neuvoa analyysissa ja analyysitavassa.
B. Koska aineisto säilytetään aina lukkojen takana, vain opinnäytetyön tekijällä on pääsy aineistoon.

5. OPENING, PUBLISHING AND ARCHIVING THE DATA AFTER THE RESEARCH PROJECT

5.1 What part of the data can be made openly available or published? Where and when will the data, or its metadata, be made available?

A. Opinnäytetyössä ei käsitellä henkilötietoja, joten aineiston tuottamat määrälliset tulokset voidaan jakaa, ilman henkilötietojen vuotamista. Määrälliset tulokset esitetään taulukoissa numeraalisesti tai suhteellisessa muodossa prosentuaalisesti.
B. Aineistosta saadut tulokset jaetaan, ei koko aineistoa. Aineisto käsittelee yksityishenkilöiden kokemaa masennusta, joten kunnioitten eettisiä sääntöjä, työssä ei julkaista aineistoja kokonaisuudessaan.

5.2 Where will data with long-term value be archived, and for how long?

A. Kun aineisto on käsitelty se palautetaan Jyväskylän ammattikorkeakoululle. Jos Ammattikorkeakoululla on kopiot aineistosta, voidaan opinnäytetyön tekijälle annettu aineisto tuhota silppurissa ja tämän jälkeen polttamalla. Näin aineisto ei jää muiden käytettäväksi tai löydettäväksi.
B. Aineistosta saadut tulokset ovat löydettävissä valmiista opinnäytteestä.

6. DATA MANAGEMENT RESPONSIBILITIES AND RESOURCES

6.1 Who (for example role, position, and institution) will be responsible for data management (i.e., the data steward)?

A. Opinnäytetyön tekijä on vastuussa aineiston hakemisesta, säilyttämisestä, analysoinnista ja palauttamisesta/tuhoamisesta.
B. Opinnäytetyön tekijä on vastuussa aineiston analyysista, aineistoon oikeaoppisesta viittaamisesta ja anonymitettin säilymisestä.
C. Aineiston keruusta ovat olleet vastuussa Opiskelijan Hyvinvointi -opintojakson opettajat.

6.2 What resources will be required for your data management procedures to ensure that the data can be opened and preserved according to FAIR principles (Findable, Accessible, Interoperable, Re-usable)?

A. Opinnäytetyöllä ei ole rahoitusta eikä budjettia. Työ tehdään ilman rahallisia avustuksia tai työn tekijän oman rahan käyttöä.