

# NUORTEN AIKUISTEN KEINOJA LIEVITTÄÄ MASENTUNEISUUTTA JA AHDISTUNEISUUTTA

TAMPEREEN YLIOPISTO

Terveystieteiden yksikkö

Kansanterveystiede

Pro gradu -tutkielma

Anna Laitinen

Kesäkuu 2016

## TIIVISTELMÄ

TAMPEREEN YLIOPISTO  
Terveystieteiden yksikkö

LAITINEN, ANNA:  
Pro gradu -tutkielma, 61 s.  
Ohjaaja: yliopistonlehtori Sari Fröjd  
Kansanterveystiede  
Kesäkuu 2016

Mielenterveyden häiriöt muodostavat kaikkialla maailmassa suuren osan tautitaakasta nuorilla aikuisilla, millä on myös suuri kansanterveydellinen merkitys. Myös koettu masennus- ja ahdistuneisuusoireilu ovat merkittäviä riskitekijöitä. Itsehoitoa ja nuorten selviytymiskeinoja on tutkittu vain vähän, ja laadullisia tutkimuksia aiheesta on olemassa niukasti. Tämän tutkimuksen tarkoituksena oli kartoittaa nuorten aikuisten käyttämiä itsehoidon keinoja ja selviytymiskeinoja heidän kokiessaan ahdistuneisuutta tai masentuneisuutta, sekä vertailla naisten ja miesten käyttämiä keinoja. Lisäksi vastauksia tarkasteltiin masennuksen ja avun hakemisen suhteen. Analyysin kohteena oli seuraava avokysymys: ”Jos joskus tunnet itsesi masentuneeksi tai ahdistuneeksi, mitä tavallisimmin teet helpottaaksesi oloasi?”.

Tutkimusaineistona oli Nuorten mielenterveys -hankkeeseen kuuluva prospektiivinen seurantatutkimus, jonka tarkoituksena on tutkia mielenterveyden ongelmien yleisyyttä sekä riskitekijöitä ja suojaavia tekijöitä nuoruusikäisessä väestössä. Tässä tutkimuksessa käytettiin tutkimuksen toista seurantakierrosta, joka toteutettiin vuosina 2009–2010 posti- ja verkkokyselynä tutkittavien ollessa 22–23-vuotiaita. Tässä tutkimuksessa analysoitiin vain verkossa vastanneiden (n=584) vastauksia. Analyysimenetelmänä tutkimuksessa käytettiin aineistolähtöistä sisällönanalyysiä, minkä jälkeen vastauksia analysoitiin tilastollisilla menetelmillä.

Tulosten mukaan yleisimpiä nuorten aikuisten käyttämiä keinoja olivat mielihyvän tavoittelu sekä positiivinen ajattelu ja toiminta, fyysiset harrastukset ja muut toiminnalliset aktiviteetit sekä puhuminen muiden ihmisten kanssa. Muita keinoja olivat ahdistuneisuuden tai masentuneisuuden torjumiseen tähtäävä toiminta ja ajattelu, sosiaaliset suhteet, nukkuminen, lepo ja rentoutuminen sekä ikävän tunnetilan aktiivinen tai passiivinen purku. Naiset käyttivät miehiä huomattavasti useammin keinonaan puhumista. Masentuneet ja apua hakemattomat käyttivät paljon muita yleisemmin keinonaan ikävän tunnetilan aktiivista tai passiivista purkua.

Tulokset auttavat ymmärtämään nuorten aikuisten käyttämiä keinoja ja niiden monipuolisuutta. Sukupuolten välillä olisi hyvä välttää liiallista kategorisointia, mutta miehiä voisi kannustaa puhumaan enemmän ongelmistaan tai kehittää heille sopivampia keinoja käsitellä pahaa oloaan. Masentuneiden ja mielenterveyden ongelman vuoksi apua hakeneiden kohdalla keskeistä olisi kiinnittää huomio ratkaisukeskeisempien ja hyödyllisempien itsehoidon keinojen käyttöön. Koska itsehoito on hyvin yleistä, käytettyjen keinojen olisi hyvä olla tehokkaita ja hyödyllisiä.

Asiasanat: nuori aikuinen, masentuneisuus, ahdistuneisuus, itsehoito, selviytymiskeinot

## **ABSTRACT**

UNIVERSITY OF TAMPERE  
School of Health Sciences

LAITINEN, ANNA:  
Master Thesis, 61 p.  
Supervisor: University lecturer Sari Fröjd  
Public health  
June 2016

Mental disorders of young adults generate a large part of the burden of the disease all over the world, which is also of great importance for public health. Also experienced depression and anxiety symptoms are significant risk factors. Self-help strategies and coping mechanisms of young people have been studied only a little, and qualitative research of the subject is scarce. The purpose of this study was to study the methods which young adults use when they feel depression or anxiety and to compare the methods used by women and men. In addition, the responses were considered in terms of depression and help-seeking. The target of the analysis was the following open question: "If you sometimes feel depression or anxiety what do you usually do to feel better?".

The research material was a prospective follow-up study on prevalence and determinants of mental health problems and risk behavior among Finnish adolescents. The study is a part of The adolescent mental health cohort study. The target of the analysis in this study was the second round of the study which was carried out in 2009–2010 when the examinees were 22–23 years old. In his study were analyzed only for online respondents (n=584) answers. The analysis method of the study was used an inductive content analysis after which the answers were analyzed by statistical methods.

According to the results the most common methods used by the young adults were the pursuit of the pleasure and positive thinking and operation, physical hobbies and other functional activities and talking with other people. Some of the other methods were the operation and thinking which aims to exclude the anxiety or depression, social relationships, sleeping, rest and relaxation and the active or passive dismantling of the unpleasant feeling state. The women used talking considerably more often than the men as their means. The depressed and the people who haven't sought help used the active or passive dismantling of the unpleasant feeling state much more often than other people.

The results will help to understand the diversity of the means used by young adults. It would be good to avoid excessive categorization between the sexes but the men could be encouraged to speak more about their problems or to develop them more suitable means to deal with the bad feel. As for the depressed and help seekers it would be important to draw attention to the more rational and useful ways of coping with their problems. Because the self-care is very general, it would be good for the used methods to be efficient and useful.

Key words: young adult, depression, anxiety, self-help, coping strategies

## Sisällys

1.	Johdanto .....	1
2.	Keskeiset käsitteet.....	3
2.1.	Nuoruus ja varhaisaikuisuus .....	3
2.2.	Nuorten aikuisten mielialahäiriöt.....	4
2.2.1.	Masennus eli depressio .....	4
2.2.2.	Ahdistuneisuus .....	6
2.2.3.	Mielenterveyden häiriöiden esiintyvyys.....	7
2.3.	Itsehoito.....	9
2.3.1.	Itsehoidosta yleisesti .....	9
2.3.2.	Selviytymiskeinot.....	10
3.	Nuorten aikuisten mielenterveyspalvelujen käyttö ja avun hakeminen.....	14
4.	Masentuneisuuden ja ahdistuneisuuden lievittämiseen käytettyjä keinoja.....	17
4.1.	Keinot nuorilla aikuisilla.....	17
4.2.	Keinot nuorilla naisilla ja miehillä.....	20
4.3.	Masennuksen yhteys käytettyihin keinoihin .....	23
4.4.	Avun hakemisen yhteys käytettyihin keinoihin.....	25
5.	Tutkimuskysymykset .....	25
6.	Tutkimuksen aineisto ja menetelmät .....	26
6.1.	Aineiston muodostuminen .....	26
6.2.	Muuttajat .....	28
6.3.	Tutkimusmenetelmät .....	29
6.4.	Laadullinen analyysi.....	30
6.4.1.	Sisällönanalyysi .....	30
6.4.2.	Luokkien muodostaminen .....	31
6.5.	Tilastolliset menetelmät .....	33
7.	Tulokset .....	33
7.1.	Tutkimukseen osallistuneet.....	33
7.2.	Käytetyt keinot masentuneisuuden ja ahdistuneisuuden lievittämiseksi.....	34
7.3.	Vastausten jakautuminen.....	38
7.4.	Käytettyjen keinojen yleisyys .....	38
7.5.	Sukupuolen yhteys käytettyihin keinoihin .....	39

7.6.	Masennuksen yhteys käytettyihin keinoihin.....	40
7.7.	Avun hakemisen yhteys käytettyihin keinoihin.....	41
8.	Pohdinta .....	44
8.1.	Tulosten arviointia.....	44
8.2.	Luotettavuus.....	47
8.3.	Eettisyys.....	50
8.4.	Johtopäätöksiä.....	51
8.5.	Jatkotutkimusaiheita .....	53
	Lähteet.....	54

## 1. Johdanto

Mielenterveyden häiriöt vaarantavat monin tavoin nuorten psyykkistä kehitystä ja siirtymävaihetta kohti aikuisuutta vaikuttaen kielteisesti heidän terveyteensä ja hyvinvointiinsa (Aalto-Setälä 2002; Rickwood, Deane, Wilson & Ciarrochi 2005). Mielenterveyden häiriöistä nuorille aiheutuvalla kärsimyksellä, toiminnallisella haitalla, stigmalla eli sosiaalisella leimautumisella, syrjinnällä altistumisella, sekä ennen aikaisella kuolemalla on selvää kansanterveydellistä merkitystä. Lisäksi näillä häiriöillä on taipumus jatkua myös aikuisuudessa. Nuoruus on myös aikaa, jolloin useimmat ihmiset esimerkiksi saattavat opiskelunsa päätökseen, asettuvat työmarkkinoille sekä luovat kestäviä ystävyys- ja parisuhteita. Mielenterveyden häiriöt saattavat vähentää tällaisten asioiden toteutumista, millä on myös merkittäviä taloudellisia ja sosiaalisia seurauksia niin terveydenhuollon, työyhteisöjen kuin yhteiskunnan kannalta. (Patel, Flisher, Hetrick & McGorry 2007.) Esimerkiksi alle 25-vuotiaiden nuorten työkyvyttömyyseläkkeelle siirtyminen on lisääntynyt 2000-luvun alkuvuosien jälkeen (Sosiaali- ja terveysministeriö 2011). Erityisesti masennuksen on havaittu olevan keskeinen työ- ja toimintakykyä heikentävä tekijä, sillä esimerkiksi vuodesta 2004 vuoteen 2008 Kelan alle 30-vuotiaille korvaamien sairauspäivien määrä on kasvanut 44 prosenttia (THL 2014).

Varsinaisten mielenterveyden häiriöiden lisäksi myös koettu masennus- ja ahdistuneisuusoireilu ovat merkittäviä riskitekijöitä mielenterveyden häiriöiden kehittymiselle. Niiden on myös havaittu olevan yhteydessä lisääntyneeseen toimintakyvyn heikkenemiseen ja itsemurhantekoaikaisiin tai -ajatuksiin. Koska tällaisen oireilun on havaittu olevan yleistä, oireiden varhainen havaitseminen olisi tärkeää nuorten aikuisten ahdingon vähentämiseksi ja tautitaakan pienentämiseksi. (Balazs ym. 2013.)

Nuoruuden ja varhaisaikuisuuden masennus- ja ahdistuneisuustiloja koskevien seurantatutkimusten perusteella näiden sairauksien on havaittu olevan usein toistuvia ja vakavia häiriöitä, joihin liittyy usein moninkertainen riski sairastua myös muihin mielenterveyden häiriöihin myöhemmällä aikuisiällä (Marttunen & Kaltiala-Heino 2014a). Mielenterveyden häiriöille nuoruudessa on tyypillistä myös komorbiditeetti eli monihäiriöisyys tai samanaikaissairastavuus, jonka on havaittu olevan yhteydessä häiriön vaikeampaan oirekuvaan ja pitkittymiseen sekä

todettu aiheuttavan suurempaa toiminnallista haittaa (Marttunen & Kaltiala-Heino 2014a; Karlsson ym. 2006).

Itsehoitoa keinovalikoimiseen on tutkittu melko vähän sen suureen merkitykseen nähden, joten myös tutkimuksia siitä, miten nuoret, sekä masentuneet että muut, menettelevät oireidensa ja ongelmiansa suhteen, on melko vähän saatavilla (Vertio 2003). Myös tutkimuksia nuorten selviytymiskeinoista ahdistavissa ja stressaavissa tilanteissa on olemassa niukasti. Koska myöhäisnuoruudessa esiintyy usein monia nuoren psyykkiseen kehitykseen liittyviä stressitekijöitä, olisi tärkeää saada tietoa siitä, miten nuoret tällaisissa tilanteissa toimivat. Saamalla tietoa nuorten käyttämistä selviytymiskeinoista sekä itsehoidon tavoista voitaisiin heitä kenties paremmin auttaa matkallaan kohti aikuisuutta ja itsenäistä elämää sekä siinä selviytymistä. (Renk & Creasey 2003.)

Vaikka yleisesti ottaen tilastotietoa nuorten mielenterveyden häiriöistä ja niiden vallitsevuudesta on saatavilla suhteellisen hyvin, myös tiedon jatkuva päivittäminen olosuhteiden muuttuessa yhteiskunnassa, terveydenhuollossa ja sen eri järjestelmissä sekä perheissä ja opiskeluympäristöissä on tärkeää (Laukkanen, Marttunen, Miettinen & Pietikäinen 2006; Marttunen & Kaltiala-Heino 2014a). Tutkimusten avulla olisi mahdollista saada lisää hyödyllistä tietoa siitä, millaisiin asioihin esimerkiksi tulevaisuuden terveyteen ja hyvinvointiin liittyvien koulutuskampanjoiden sekä mielenterveyden edistämiseen ja masennuksen ehkäisemiseen tähtäävien interventioiden tulisi keskittyä, jotta nuorten mielenterveyttä voitaisiin paremmin ja tehokkaammin edistää ja suojella (Cairns, Yap & Pilkington 2014).

Aikaisemmat tutkimukset ovat lähinnä keskittyneet tarkastelemaan informaalisen eli epämuodollisen hoidon ja itsehoidon määrää sekä niiden yleisyyttä, kun taas näiden laadullinen tarkastelu on jäänyt vähemmälle (Martorell-Poveda, Martinez-Henaez, Carcelle-Maicas & Correa-Urquiza 2015). WHO (2005) ehdottaakin, että olisi tärkeää pyrkiä ymmärtämään itsehoitoa myös ihmisten omien kokemusten sekä maallikkokäsitysten näkökulmasta. Lisäksi myös monet tutkijat korostavat ihmisten omien kokemusten huomioimisen tärkeyttä mielenterveyden ongelmien suhteen, jotta näiden häiriöiden itsehoidossa käytettyjä keinoja voitaisiin paremmin ymmärtää (Lucock, Gillard, Adams, Simons, White & Edwards 2011).

Tähän tutkimukseen liittyvää kirjallisuuskatsausta tehtäessä ilmeni myös, että varsinkin tuoreempaa tutkimusta nuorten aikuisten mielenterveyden ongelmista etenkin Suomessa on melko niukasti saatavilla. Tämän tutkimuksen tarkoituksena on kartoittaa nuorten aikuisten

käyttämiä selviytymisen tai itsehoidon keinoja ja olotilan helpottamiseen tähtääviä toimintoja heidän kokiessaan ahdistuneisuutta tai masentuneisuutta sekä vertailla nuorten naisten ja miesten käyttämiä keinoja helpottaa oloaan. Vastauksia tarkastellaan myös sen suhteen, onko vastaaja ollut masentunut vastatessaan kyselyyn sekä onko hän aikaisemmin hakenut apua masennuksen tai muun mielenterveyden häiriön vuoksi. Oletuksena avun hakemisen suhteen on, että sitä hakeneet ovat voineet saada hoidossa uusia keinoja lievittää oloaan, jolloin olisi perusteita olettaa, heidän vastaustensa eroavan hoitoa hakemattomien vastauksista. Lisäksi, koska vain pieni osa masentuneista nuorista aikuisista hakee apua, on tärkeä tietää, miten nämä ja muut oireilevat henkilöt pyrkivät ilman ammattiapua helpottamaan oloaan. Saamalla tietoa tällaisista itsehoidon keinoista voidaan paremmin ymmärtää niitä moninaisia keinoja, joita nuoret aikuiset käyttävät olonsa helpottamiseen.

## 2. Keskeiset käsitteet

### 2.1. Nuoruus ja varhaisaikuisuus

Nuoruudelle tai varhaisaikuisuudelle ei ole löydettävissä yhtä selvää määritelmää. Maailman terveysjärjestö WHO:n (2014) määritelmän mukaan käsitteellä `adolescent` tarkoitetaan 10–19-vuotiaita, käsitteellä `youth` 15–24-vuotiaita ja käsitteellä `young people` 10–24-vuotiaita. Nämä termit yleensä määritellään eri tavalla eri puolilla maailmaa, sillä esimerkiksi joissakin maissa nuoruuden katsotaan alkavan 12-vuotiaana ja päättyvän 25-vuotiaana. Suomessa Nuorisolaki määrittelee nuoren tarkoittavan alle 29-vuotiasta (Nuorisolaki 27.1.2006/72).

Aalberg ja Siimes (2007, 67–71) katsovat nuoruuden ajoittuvan ikävuosien 12–22 välille, ja heidän mukaansa nuoruus voidaan jakaa eri vaiheisiin, jotka ovat varhaisnuoruus 12–14-vuotiaana, varsinainen nuoruus 15–17-vuotiaana sekä jälkinuoruus 18–22-vuotiaana. Viimeisen vaiheen kuvataan usein sisältävän identiteettikriisin, jolloin myöhäisnuoruutta elävä nuori tekee myöhempää elämäänsä koskevia valintoja, hänestä tulee yhteiskunnan jäsen ja hän alkaa kantaa vastuuta omasta elämästään. Nuoruuden loppupuolella kiinteytyy jo melko muuttumaton aikuisen persoonallisuus.



Arnett (2010) on tutkinut pääasiassa varttuneempia nuoria teini-iän lopusta 25-vuotiaisiin, ja tullut siihen johtopäätökseen, että tämän ikäisistä ei enää pitäisi käyttää käsitettä `nuori` tai `nuori aikuinen`, vaan ajanjaksona pitkeytyessään siirtyminen nuoruudesta aikuisuuteen pikemminkin muodostaa oman erillisen elämänvaiheensa, joka kestää suunnilleen yhtä kauan kuin nuoruuden ikävaihe. Tästä ikäkaudesta Arnett käyttää käsitettä `emerging adulthood`, joka on oman identiteetin tarkastelun, epävakauden, itseen keskittymisen, "välissä olemisen" sekä mahdollisuuksien aikaa. Lisäksi hänen mukaansa nuoruus alkaa nykyisin aiemmin kuin ennen ja myös kestää myöhempään.

Tässä tutkimuksessa käytetään tutkimuskohteena olevaan ikäryhmään kuuluvista henkilöistä käsitettä "nuori aikuinen", koska useimpien luokitteluiden mukaan 22–23-vuotiaat eivät joko ole enää nuoria tai ovat nuoruuden ja aikuisuuden rajamailla. Koska lisäksi virallinen aikuisikä Suomessa alkaa 18 ikävuodesta, tämän käsitteen voidaan katsoa olevan sopiva kyseiselle ikäryhmälle.

## 2.2. Nuorten aikuisten mielialahäiriöt

### 2.2.1. Masennus eli depressio

Masennukseen eli depressioon liittyviä käsitteitä käytetään monessa eri merkityksessä (Isometsä 2014a). Keskustelua depression tai depressiivisyyden sekä masennuksen tai masentuneisuuden hallinnasta, hoidosta ja välttämisestä vaikeuttaa käsitteen `depressio` monimielisyys. Koska psykiatrian alueella on siirrytty kategorisesta luokittelusta moniulotteisempaan luokitteluun, joka sisältää monenlaisia eri oireyhtymiä, ei ole yllättävää, että kliinisen tilan määrittämisestä on tullut yhä vaikeampaa aiheuttaen yhä enemmän erimielisyyksiä (Parker & Paterson 2015). Masennuksella voidaan ensiksikin tarkoittaa masentunutta tunnetilaa tai mielialaa, joka on useimmille ihmisille tuttu, ohimenevä ja normaaliin tunne-elämään liittyvä reaktio erilaisiin menetyksiin tai pettymyksiin. Toiseksi masentuneella mielialalla voidaan tarkoittaa pidempiaikaista masentunutta tuntevirettä, joka voi kestää päivistä vuosiin. Kolmanneksi, mikäli masentuneen mielialan lisäksi on havaittavissa myös muita siihen liittyviä oireita, puhutaan masennusoireyhtymästä, jolloin kyseessä on varsinainen mielenterveyden häiriö. Tällainen

oireyhtymä on tärkeää erottaa masentuneesta mielialasta ja tunnevireestä, koska tällöin hoito tai muut tarvittavat toimenpiteet ovat erilaisia. (Isometsä 2014a.)

Masennustila eli depressio on oireyhtymä, joka voidaan jakaa lievään, keskivaikeaan ja vaikeaan masennukseen. Masennustilojen keskeisimmät muodot jaetaan ICD-10-tautiluokituksessa masennustiloihin ja toistuvaan masennukseen, jossa potilaalla on esiintynyt masennustila vähintään kerran aiemminkin, jolloin on huomioitava suuri masennuksen uusiutumisriski. Masennusoireyhtymän kriteerit ovat kummassakin luokituksessa samat. (THL 2012.) ICD-10-tautiluokituksen mukaan masennuksen pääoireet ovat masentunut mieliala, kyvyttömyys tuntea mielenkiintoa ja kyvyttömyys nauttia elämästä sekä voimattomuus, väsyminen ja aktiivisuuden väheneminen. Lisäksi voi esiintyä muita oireita, joita ovat esimerkiksi keskittymis- ja tarkkaavaisuuskyvyn heikkeneminen, itsetunnon ja omanarvontunnon väheneminen, syyllisyyden ja arvottomuuden tunteet, pessimistinen kuva tulevaisuudesta, itsetuhoiset ja itsemurhaa koskevat ajatukset, unihäiriöt sekä huonontunut ruokahalu. Kliinisen masennuksen yleiset kriteerit ovat samat riippumatta siitä, mistä ikäluokasta on kyse. (Räsänen 2004.)

Bhatia ja Bhatia (1999) käsittelevät artikkelissaan eroja koskien naisten ja miesten masennusta ja sen esiintymistä. Kyseisten tutkijoiden mukaan naisilla masennus yleensä alkaa aikaisemmin ja kestää pidempään masennusjaksojen ollessa myös useammin toistuvia kuin miehillä. Naisten masennus on lisäksi yleisemmin yhteydessä vuodenaikojen vaihteluun sekä stressaaviin elämäntapahtumiin ja syyllisyyden kokemuksiin. Myös suurentunut unentarve sekä komorbideetti eli samanaikaisairastavuus muiden mielenterveyden häiriöiden, kuten ahdistuneisuus- ja paniikkihäiriöiden kanssa on yleisempää masentuneilla naisilla kuin masentuneilla miehillä. Naisilla on myös havaittu olevan miehiä enemmän lisääntyntä ruokahalua, painonnousua sekä syömishäiriöitä masennuksen yhteydessä (Bhatia & Bhatia 1999; Young, Scheftner, Fawcett & Klerman 1990). Alkoholin ja päihteiden käytöstä aiheutuvat sairaudet sitä vastoin ovat nuorilla miehillä yleisempiä kuin naisilla masennuksen yhteydessä (Bhatia & Bhatia 1999).

Masennuksen on havaittu olevan yleisin nuorten mielenterveyden häiriö, sillä esimerkiksi Aalto-Setälän (2002) mukaan joka kymmenes nuori aikuinen oli hänen tutkimustaan edeltäneen vuoden aikana kärsinyt masennuksesta. Naisilla masennuksen on todettu olevan kaksi kertaa yleisempää kuin miehillä (Bhatia & Bhatia 1999; Branney & White 2008.)

Ymmärtämällä masentuneisuuden monitasoisuutta ja -muotoisuutta voidaan masennukselle altista henkilöä ja hänen läheisiään paremmin auttaa depression ennaltaehkäisyssä ja hoidossa. Esimerkiksi kehitysbiologian näkökulmasta alakuloisuus ei välttämättä ole ainoastaan kielteinen ilmiö, vaan lievä depressiivisyys heijastaa tilanteeseen sopeutumista ja ohimenevä alakulo puolestaan saattaa auttaa keräämään voimia kohti realistisempia haasteita. (Huttunen 2009.)

### 2.2.2. Ahdistuneisuus

Ahdistuneisuushäiriöt ovat yleisimpiä mielenterveyden häiriöitä, joilla on myös suuri kansanterveydellinen merkitys. Ne ovat oireyhtymiä, joissa vaikeaan, voimakkaaseen ja pitkäkestoiseen ahdistuksen tunteeseen liittyy myös muita oireita, joista keskeisimpiä ovat autonomisen hermoston aktivoitumisen oireet ja ahdistuneisuuskokemuksen myötä syntynyt välttämiskäyttäytyminen. Ahdistuneisuuden tunteeseen kuuluu sisäistä jännitystä, levottomuutta sekä kauhun ja paniikin tunteita, jotka usein rajoittavat sosiaalista ja psyykkistä toimintakykyä. Keskeisimpiä ahdistuneisuushäiriöitä ovat paniikkihäiriö, joihin liittyy toistuvia paniikkikohtauksia, agorafobia eli julkisten paikkojen pelko, sosiaalinen fobia eli ahdistuneisuus sosiaalisissa tilanteissa, määrekohteinen pelko eli ahdistuneisuus tietylle kohteelle altistuessa sekä yleistynyt ahdistuneisuushäiriö, jolle on tyypillistä krooninen ahdistuneisuus ja kyvyttömyys hallita huolestuneisuutta. (Isometsä 2014b.) Myös opiskelijoilla ahdistuneisuushäiriöt ovat yleisimpiä mielenterveyden häiriöitä, jotka aiheuttavat usein merkittävää psykososiaalisen toimintakyvyn heikentymistä ja arkielämän toimintojen vaikeutumista. (Martin 2011.)

Monet ahdistuneisuushäiriöihin liittyvät oireet ovat samankaltaisia kuin masennushäiriöiden oireet (Parker & Paterson 2015). Rajan vetäminen myös ahdistuneisuuden eri muotojen välille on usein vaikeaa, koska oireet ja pelot voivat olla niissä hyvin samankaltaisia. Lisäksi joillakin ihmisillä saattaa olla samanaikaisesti tai peräkkäin monenlaista ahdistusta. Ahdistuneisuus voi myös itsenäisen häiriön lisäksi ilmetä somaattisten sairauksien tai muiden psyykkisten häiriöiden, kuten masentuneisuuden, yhteydessä. (Smitherman 1981.)

Ahdistuksen voidaan määritellä olevan subjektiivisesti koettu pahan olon tunne, jolle ominaista on, että reagointi uhkaan voi olla myös tiedostamatonta. Ahdistus sinänsä on myös tarpeellinen ja mielekäs sopeutumiskeino vaaratilanteen hallitsemiseksi, koska se esimerkiksi mobilisoi uusia

voimia itsensä tai ympäristön muuttamiseksi. Vasta silloin kun tämä ei onnistu, kehittyy varsinainen psyykkinen häiriö. Tästä on kuitenkin kyse vasta silloin, kun ahdistus on jatkuvaa. (Smitherman 1981.) Tässä tutkimuksessa käytetystä aineistosta ei ollut mahdollista saada selville, kuinka suurella osalla tutkittavista oli kyselyn toteuttamisen hetkellä jokin ahdistuneisuushäiriö. Keskeistä tällöin oli siis nuorten aikuisten oma subjektiivinen kokemus heidän kokemastaan ahdistuneisuuden tunteesta.

### 2.2.3. Mielenterveyden häiriöiden esiintyvyys

Perusta mielenterveydelle rakentuu jo lapsuudessa. Poikien ja tyttöjen kehitysvaiheisiin liittyy osin erilaisia haasteita. Poikien kehityksessä keskeistä on itsesäätelytaitojen kehittymisen tukeminen sekä oppimis- ja tarkkaavaisuushäiriöiden varhainen havaitseminen ja hoitaminen. Tyttöillä keskeisenä haasteena on itsetunnon kehittymisen tukeminen. (Suvisaari 2013.) On havaittu, että vaikka nuorten miesten ja naisten masennuksen riskitekijät ovat pääosin samoja, nämä tekijät tulevat varhaisnuoruudessa usein tytöillä vallitsevammiksi kuin pojilla (Nolen-Hoeksema & Girgus 1994). Lisäksi tyttöjen on huomattu olevan poikia herkempiä reagoimaan stressille ja muille elämässä tapahtuville negatiivisille asioille (Monteiro, Matos & Oliveira 2014). Kaiken kaikkiaan nuorilla naisilla on havaittu olevan miehiä enemmän sekä fyysisiä että psyykkisiä oireita, kuten jännittyneisyyttä ja masennusta (Nolen-Hoeksema 1991).

Mielenterveyden häiriöiden esiintyvyys nuorilla aikuisilla on vaihdellut eri tutkimuksissa käytettävien tutkimusmenetelmien erojen vuoksi välillä 15–25 %. Yleisimpiä häiriöitä nuorilla aikuisilla ovat tutkimusten mukaan olleet ahdistuneisuus- ja mielialahäiriöt sekä päihde- ja käytöshäiriöt, jotka alkavat yleistyä varsinaisesta nuoruusiästä alkaen aina varhaisaikuisuuteen asti. Mielenterveyden häiriöt ovat vakava uhka nuorten terveydelle, ja mikäli nuori ei saa tarvitsemaansa apua ajoissa, saattaa tämä vaikeuttaa hänen nuoruuden kehitysmahdollisuuksiaan, jotka saattavat viivästyä. Pahimmassa tapauksessa hän jopa saattaa menettää ne kokonaan. (Aalto-Setälä & Marttunen 2007.)

Mielenterveyden häiriöt ovat nuoruudessa noin kaksi kertaa yleisempiä kuin lapsuudessa (Marttunen & Kaltiala-Heino 2014b), ja noin 75 % aikuisten mielenterveyden häiriöistä on

todettavissa ennen aikuisikää (Pylkkänen 2013). Usein nämä ongelmat kuitenkin havaitaan vasta myöhemmin aikuisuudessa (Aalto-Setälä 2002; Patel ym. 2007). Myös nuoruuden eri ikävaiheissa häiriöiden esiintyminen vaihtelee, sillä varhaisnuoruutta yleisemmin mielenterveyden häiriöitä esiintyy keski- ja myöhäisnuoruudessa niiden saavuttaessa huippunsa nuoruuden loppupuolella, jolloin erityisesti tytöillä masennus- ja ahdistuneisuushäiriöt alkavat lisääntyä. Heillä nämä häiriöt ovat tällöin usein yleisempiä kuin pojilla. Monien aikuisuudessa esiintyvien mielenterveyden häiriöiden on havaittu saavan alkunsa nuoruudessa. (Marttunen & Kaltiala-Heino 2014a; Aalto-Setälä 2002.)

Korkeakouluopiskelijoiden terveystutkimuksen (2012) mukaan yleisimpiä nuorten aikuisten mielenterveyden häiriöitä olivat masennus, jota esiintyi 7 %:lla opiskelijoista sekä ahdistuneisuushäiriöt, joita esiintyi 5 %:lla opiskelijoista. Diagnosoidun masennuksen osuus yliopisto-opiskelijoilla on kaksinkertaistunut vuodesta 2000 alkaen ja myös ahdistuneisuushäiriön diagnoosin saaneiden lukumäärä on kasvanut.

Tämän tutkimuksen kannalta keskeisiä ovat erityisesti nuorten aikuisten omat kokemukset psyykkisestä terveydestään. Ylioppilaiden terveydenhoitosäätiön (YTHS) tekemän tutkimuksen (2012) mukaan jostakin psyykkisestä oireesta ilmoitti kärsivänsä 12 % vastaajista. Psyykkistä kuormitusta arvioivan GHQ12-mittarin perusteella 28 %:lla opiskelijoista, 20 %:lla miehistä ja 33 %:lla naisista, ilmeni jonkinlaisia psyykkisiä vaikeuksia. Yleisimpiä ongelmia olivat ylirasituksen kokeminen (43 %), tehtäviin keskittymisen vaikeudet (29 %), itsensä kokeminen onnettomaksi tai masentuneeksi (27 %), sekä huolien takia valvominen (25 %). Myös Terveys 2000 -tutkimuksessa nuorten aikuisten (18–24-vuotiaat) mielenterveyttä mitattiin samalla mittarilla, ja tutkituista miehistä 10 % ja naisista 13 % kärsi merkittävästä psyykkisestä kuormittuneisuudesta (Kansanterveyslaitos 2005). Lisäksi YTHS:n (2012) tutkimuksessa stressiä koskevan kysymyksen tuloksista ilmeni, että 30 % opiskelijoista koki runsasta stressiä (miehistä 27 % ja naisista 30 %). Kyseisen tutkimuksen mukaan opiskelijoiden psyykkiset ongelmat ovat lisääntyneet vuodesta 2000 alkaen.

Mielenterveyden häiriöt muodostavat suuren osan tautitaakasta nuorilla kaikkialla maailmassa. Huono mielenterveys on vahvasti yhteydessä myös muihin nuorten terveydellisiin ja kehityksellisiin tekijöihin, kuten alempaan koulutustasoon, päihteiden käyttöön, väkivaltaan sekä heikkoon lisääntymis- ja seksuaaliterveyteen. (Patel ym. 2007.) Noin 10 % nuorista on tutkimusten

mukaan havaittu olevan psykiatrisen hoidon tarpeessa jonkin mielenterveyden häiriön vuoksi. Hoitamatta jäänyt häiriö voi heijastua pitkällekin tulevaisuuteen heikentäen elämänlaatua. Varhainen hoitoon hakeutuminen ja varhainen hoidon aloittaminen kuitenkin parantavat häiriön pitkäaikaisennustetta. (Pylkkänen 2013.)

## 2.3. Itsehoito

### 2.3.1. Itsehoidosta yleisesti

WHO (1998) tarkoittaa itsehoidolla kaikkea sellaista toimintaa, jota ihmiset toteuttavat ylläpitääkseen terveyttään, ehkäistäkseen sairastumistaan, sekä miten he toimivat sairastuttuaan. Kyse on laajasta käsitteestä, joka sisältää hygienian, ravitsemuksen, elämäntavan, ympäristötekijät, sosioekonomiset tekijät sekä itselääkinnän. Näistä jälkimmäisin tarkoittaa henkilön itse valitsema lääkkeitä ja lääkkeiden käyttöä, joiden avulla hän pyrkii hoitamaan itse havaitsemiaan sairauksia tai oireita. Itsehoidon ja -lääkinnän myötä kuluttajille ja potilaille lankeaa entistä suurempi vastuu omasta terveydestään heidän pyrkiessään valitsemaan itselleen sopivia ja turvallisia hoitokeinoja ja/tai lääkitystä. Toisaalta toinen WHO:n hieman toisin muotoiltu itsehoidon määritelmä korostaa sitä, että terveyden ylläpitämisessä sekä sairauksien ehkäisyssä ja hoidossa olisi tärkeää ja hyödyllistä yhdistää terveystieteiden käytännön ei-tieteelliset, maallikkotietoon perustuvat sekä ammattilaisten tieteelliseen tutkimukseen perustuvat tiedot ja taidot (WHO 1983).

Oremin (1991, 65) määritelmän mukaan itsehoito on opittua ja tavoitteellista toimintaa. Se on käyttäytymistä, joka ilmenee ihmisen konkreettisissa elämäntilanteissa kohdistuen henkilöön itseensä tai hänen ympäristöönsä. Tällaisen käyttäytymisen tavoitteena on säännellä tekijöitä, jotka vaikuttavat kehittymiseemme ja toimintaamme, ja jotka liittyvät terveyteemme ja hyvinvointiimme.

Tutkimusten mukaan ihmisten on todettu hoitavan suurimman osan terveyteensä liittyvistä vaivoistaan ja ongelmistaan itse, sillä vain noin 10–15 %:ssa terveyteen liittyvistä pulmista käännytään terveydenhuollon puoleen. Sairauden tai oireiden vakavuuden ohella terveystieteiden käyttöön vaikuttavat kuitenkin myös esimerkiksi palvelujen saatavuuteen

liittyvät tekijät ja lainsäädännön asettamat vaatimukset sairauslomatoistuksen pakollisuudesta työstä poissaolon perusteena. Sosiaalisen lähiympäristön merkitys hoidon muotoa ja sisältöä etsittäessä on usein huomattava, mutta itselle jää lopulta suuri osuus ja vastuu terveyden edistämisestä ja ylläpitämisestä. (Vertio 2003.)

Mikäli ihminen ei onnistu ehkäisemään pahan olon tunteen kehittymistä, hän luultavasti yrittää poistaa tästä syntyvät epämieluisat kokemukset tai pyrkii lievittämään niitä käyttäytymällä tietyllä tavalla. Pakaslahden ja Achten (1983) mukaan itsehoidon muodot voidaan jakaa myös regressiivisiin ja positiivisiin käyttäytymismalleihin. Näistä ensimmäiseen kuuluu esimerkiksi liiallinen syöminen, itkeminen, liiallinen aktiivisuus sekä alkoholin ja lääkkeiden käyttö. Positiivinen tapa reagoida ahdistukseen ja pelkoon on hankkia tietoja ahdistuksen lievittämiseksi ja käyttää niitä hyväkseen itsehoidossa. Itsehoidon voidaan ajatella sisältävän myös keinoja parantaa mielialaa. Käsitteellä mielialan parantaminen (*mood repair*) tutkijat viittaavat siihen, että ihmisillä on tapana pyrkiä pääsemään eroon alakuloisesta mielialastaan tai masentuneisuudestaan (Morris & Reilly 1987; Parkinson & Totterdell 1999).

Tässä tutkimuksessa itsehoidolla viitataan masentuneisuuden ja ahdistuneisuuden oireiden lievittämiseen. Näiden häiriöiden monimuotoisuuden ja vaikeusasteen vaihtelun vuoksi myös oireiden hoidon ja on havaittu olevan hyvin yksilöllistä. Etenkin lievempien oireiden kohdalla jo keskusteluapu saattaa olla riittävä apukeino ja hoitomuoto. Lääkehoidon ja psykososiaalisen tuen lisäksi myös sairastuneen tai oireilevan henkilön omalla toiminnalla on merkitystä oireiden hallinnan ja/tai toipumisen kannalta. Masennus- tai ahdistusoireita voi pyrkiä lievittämään esimerkiksi kohtuullisella liikunnalla, terveellisellä ravinnolla, muiden ihmisten seurassa olemisella sekä stressitekijöiden välttämällä ja vähentämällä. Myös alkoholin käytön pitäminen kohtuullisena on suotavaa. (Koskinen 2014.) Näin ollen ihminen voidaan nähdä aktiivisena toimijana oman terveytensä ylläpitämisen ja sairauksien ehkäisemisen sekä terveytensä edistämisen suhteen.

### 2.3.2. Selviytymiskeinot

Selviytymiskeinojen on todettu olevan monimuotoisia ja yksilöllisiä. Niitä koskeva tutkimus on alun perin lähtenyt liikkeelle ääritilanteiden, kuten sodan, onnettomuuksien ja luonnonkatastrofien

ihmisiin kohdistuvien vaikutusten tutkimisesta. Tämän tiedon pohjalta on löytynyt sellaista menetelmätietoa, jota nykyisin sovelletaan myös vastaavissa arkipäivän tilanteissa. (Isokorpi & Viitanen 2001, 82–83.)

Ollessaan masentuneita tai ahdistuneita ihmiset toimivat yksilöllisesti ja eri tavoin pärjätäkseen ja selviytyäkseen ikävästä, ahdistavasta tai stressaavasta tilanteesta. Selviytymisen keinojen valikoima on suuri, ja monet käytetyistä keinoista voivat etenkin pitkällä aikavälillä myös huonontaa terveyttä, vaikka niiden käyttö vastaakin tiettyihin välittömiin tarpeisiin. Tällaisia terveydelle haitallisia keinoja ovat esimerkiksi tupakointi ja alkoholin- ja päihteidenkäyttö sekä monet syömiseen liittyvät tavat ja käyttäytyminen. (Vertio 2003.) Selviytymiskeinojen valintaa määrittelevät muun muassa terveydentila, yksilön voimavarat, positiivinen ajattelu, ongelmanratkaisutaidot, kulttuuriin liittyvät tekijät, kyseisen ongelman vaikeusaste, sosiaaliset taidot ja saatavilla oleva sosiaalinen tuki (Lazarus & Folkman 1984, 159–165). Selviytymiskeinoilla tarkoitetaan yksilön tapoja käyttää kognitiivisia ja/tai käyttäytymiseen liittyviä keinoja hallitakseen ja säädelläkseen stressin tai ahdistuksen aikaansaamia paineita, vaatimuksia ja muita negatiivisia tunteita ja oireita (Kelly, Tyrka, Price & Carpenter 2008).

Roesch ja Weiner (2001) esittelevät katsauksessaan erilaisia selviytymiskeinoja, jotka he ovat jaotelleet kolmeen luokkaan tai malliin:

### ***Lähestyminen - välttäminen***

Tässä mallissa tehdään erottelu kahden eri lähestymistavan välillä, joista ensimmäiseen kuuluu aktiivista toimintaa, valppautta, herkistymistä ja huomion kiinnittämistä stressaavaan tai ahdistavaan asiaan tai tapahtumaan. Toiminnan tavoitteena on yrittää muuttaa tilannetta tai poistaa ahdistusta aiheuttava tekijä. Rothin ja Cohenin (1986) mukaan lähestymiseen liittyvä toiminta koostuu asianmukaisista ja hyödyllisistä keinoista, jolloin pyrkimyksenä on tähdätä muutoksiin, jotka tekevät ahdistavasta tilanteesta kontrolloitavamman. Jälkimmäistä, eli välttämiseen liittyvää toimintaa, käyttäessään yksilö puolestaan pyrkii vetäytymään ja pakenemaan ikävästä tilanteesta, jolloin hänen roolinsa toimijana on pikemminkin passiivinen ongelman ratkaisemisen suhteen. Lähestymis - välttämis -jaottelu toimii synonyymina aktiivisen ja passiivisen toiminnan erottelulle, jolloin tarkastelun kohteena on ihmisen huomion keskittyminen hänessä tapahtuviin psyykkisiin tai somaattisiin reaktioihin tai niiden huomiotta jättäminen (Roesch & Weiner 2001.)



### ***Kognitiivinen - käyttäytyminen***

Roesch ja Weiner (2001) esittelevät myös edellistä laajemman ja kokonaisvaltaisemman mallin, jonka on kehittänyt Holohan ja Moos (1987) sekä Moos ja Schäfer (1993). Kyseiset tutkijat ovat kehittäneet jaottelun, joka "risteyttää" keskenään selviytymisen menetelmät (kognitiiviset ja käyttäytymiseen liittyvät) sekä selviytymisen fokuksen eli kohteen (lähestyminen ja välttäminen). Kognitiivinen osatekijä sisältää yksilön pyrkimykset muuttaa käsityksiään ja ajatuksiaan tulevaisuuden tapahtumista. Käyttäytymisen osatekijä puolestaan koostuu mistä tahansa henkilön avoimesta yrityksestä aktiivisesti käsitellä ongelmaansa. Kun menetelmä ja fokus risteytetään, tuloksena on neljä erilaista selviytymisen kategoriaa. Kognitiivinen lähestyminen ilmenee huomion kiinnittymisenä yhteen näkökulmaan tilanteessa kerrallaan, aikaisempien kokemusten huomioimisena sekä tilanteen uudelleen jäsentämisenä ja pyrkimyksenä löytää siitä jotain suotuisaa. Käyttäytymiseen liittyvä lähestyminen sisältää neuvojen ja tuen etsimistä sekä sellaista konkreettista toimintaa, joka tähtää suoraan kyseessä olevan tilanteen käsittelyyn ja ongelman ratkaisuun. Kognitiivinen välttäminen koostuu sellaisista keinoista, joiden avulla pyritään lievittämään ja minimoimaan stressaavaa tapahtumaa tai tilannetta. Käyttäytymiseen liittyvään välttämiseen kuuluu tunteiden ilmaisemista, vaihtoehtoisten palkkioiden etsimistä sekä alistumista vallitsevaan tilanteeseen ja/tai sen hyväksymistä.

### ***Ongelmakeskeisyys - tunnekeskeisyys***

Monet selviytymiskeinojen luokittelutavoista keskittyvät ongelma- ja tunnekeskeisiin tapoihin käsitellä ongelmaa. Ongelmiin keskittyneisiin strategioihin kuuluu aktiivista yksilön ja ympäristön välistä vuorovaikutusta, jolloin toiminnan keskeisenä tavoitteena on ahdistusta tai stressiä aiheuttavan tekijän poistaminen tai pienentäminen. Näihin keinoihin kuuluu sekä aggressiivisia ihmissuhteisiin kohdistuvia toimintoja että järkeviä, harkittuja ja pohdittuja keinoja ratkaista ongelma. Ongelmiin keskittyneiden strategioiden alatyyppejä ovat esimerkiksi toiminnan suunnitteleminen, sosiaalisen tuen etsiminen ja aktiivinen selviytyminen eli oman toiminnan lisääminen ja sen kohdistaminen ongelman aiheuttajaan. Tunnekeskeiset strategiat puolestaan keskittyvät ongelman aikaansaaman ahdistuksen ja stressin tunteen vähentämiseen sen sijaan, että keinojen avulla pyrittäisiin muuttamaan tilannetta. Nämä keinot sisältävät yrityksiä tunnustaa, ymmärtää, tunnistaa ja ilmaista tunteita. Tunnekeskeisiin strategioihin kuuluvia alatyyppejä ovat esimerkiksi tunteiden ilmaiseminen (tunteisiin keskittyminen ja niiden purkaminen eri tavoin),

positiivinen asioiden uudelleentulkinta ja -arviointi sekä sosiaalisen emotionaalisen tuen etsiminen. (Roesch & Weiner 2001.) Tunteiden säätelyyn liittyviä keinoja pidetään yleensä tehottomampina kuin ongelmasuuntautuneita keinoja, joiden avulla pyritään toimimaan aktiivisesti ongelman ratkaisemiseksi (Kelly ym. 2008).

Lazarus ja Folkman (1984, 121–126) jakavat henkilön käyttämät selviytymisstrategiat sopeutuviin ja huonosti sopeutuviin keinoihin. Adaptiivisia eli sopeutuvia tai mukautuvia keinoja käyttämällä ihmiset aluksi määrittelevät stressaavan tai ahdistavan tilanteen, hakevat aktiivisesti apua ja tukea, etsivät mahdollista ratkaisua ja toimivat kaikin tavoin aktiivisesti ratkaistakseen ongelman. Huonosti sopeutuvat selviytymiskeinot puolestaan sisältävät yrityksiä vetäytyä ahdistavasta tilanteesta sekä avunhakemisen välttelyä, jolloin usein seurauksena on epäonnistuminen ongelman ratkaisemisessa ja ahdistuksen lisääntyminen. Kaiken kaikkiaan on havaittu, että nuoret aikuiset käyttävät muita ikäryhmiä enemmän huonosti sopeutuvia keinoja, kuten aktiivisen selviytymisen välttelyä (Mahmoud, Staten, Hall & Lennie 2012). Lisäksi Mahmoudin ym. (2012) tutkimuksen mukaan opiskelijoiden käyttämät huonosti sopeutuvat keinot, kuten itsesyytökset, torjuminen ja luovuttaminen olivat pääasiallisia ennusmerkkejä masennuksen, ahdistuksen tai stressin kehittymiselle. Sitä vastoin sopeutuvien selviytymiskeinojen käyttö ei ollut yhteydessä näihin tiloihin.

Isokorpi ja Viitanen (2001, 86) esittelevät kirjoittamassaan kirjassa israelilaisen kriisiterapeutti Ofra Ayalonin (1995) kehittämän Basic Ph -monikanavamallin, jossa ihmisen selviytymisvoimavaroja tarkastellaan psykologisten teorioiden valossa. Nämä kanavat voidaan jakaa kuuteen kategoriaan. Jokainen voi käyttää selviytymisessään kaikkia kuutta kanavaa tai omaa yhdistelmäänsä. Ayalonin (1996, 25–28) mukaan ihmisen psyykinen elämä on liian monimuotoinen ja -mutkainen rajattavaksi vain yhteen tai kahteen selviytymiskeinojen ulottuvuuteen, mikä sai hänet kehittämään kokonaisvaltaisen selviytymismallin, johon hän yhdisti keskeisten psykologisten koulukuntien teorioista johdetut kuusi vallitsevaa ulottuvuutta: uskomukset ja arvot, tunteet, sosiaalinen vuorovaikutus, mielikuvitus, kognitiot eli ajatustoiminnat ja fysiologinen ulottuvuus. Monilla ihmisillä on havaittu olevan eri aikoina jokin tietty kanava tai yhdistelmä, jota he selviytymisessään suosivat.

*Uskomusjärjestelmä* (uskomukset ja arvot) selviytymisjärjestelmänä rohkaisee sisäiseen tarkoituksen etsintään oman maailmankuvan ja sen sisältämien uskomusten puitteissa. Tähän

kanavaan kuuluvat myös selkeät arvot ja optimistinen elämänasenne. Järjestelmän etuna on toiminta sisäisen tuen lähteenä, mikä ilmenee vallitsevan tilanteen selittämisenä arvojen ja uskomusten kautta, peräänantamattomuutena, toivona vastoinkäymisissä sekä itsensä näkeminen selviytyjänä myönteisesti. *Tunne-elämän* kanava sisältää tunteiden hallittua purkamista joko sanallisesti tai sanattomasti sekä pyrkimystä luoda empaattinen ja tukea antava ympäristö. Kanavan etuina ovat helpotuksen saaminen itseilmaisun kautta ja normaalin ilmapiirin luominen jännittyneessä tilanteessa. *Sosiaalisen vuorovaikutuksen* kanavassa hyödynnetään apuna sosiaalista tukiverkkoa ja muita ryhmiä, joilta saa neuvoja, palautetta ja henkistä tukea, ja jotka toimivat apuna pitkäjänteisessä selviytymisessä. *Mielikuvituksen* kanava auttaa käyttämään huumoria, luovaa ajattelua ja rentoutumista jännityksen ja ahdistuksen vähentämisessä. Etuina tässä kanavassa ovat asioiden asettaminen omaan perspektiiviinsä, improvisointi ja moniulotteisia ja -puolisia vaihtoehtoja tarjoava ajattelu. *Ajatustoiminnan* kanavassa tilanteen ymmärtämiseksi ja toimintasuunnitelman laatimiseksi kerätään tietoa. Kanava sisältää organisoitua ja realistista ajattelua ja suunnittelua sekä sisäistä puhetta keinoina tunteiden hallintaan ja kanavointiin. Etuina kanavassa ovat mahdollisuus nopeaan organisointiin ja tunteiden hallintaan, suhteellisuudentajun säilyttäminen, vaihtoehtojen kartoitus, ongelmien ratkaisu sekä asioiden laittaminen tärkeysjärjestykseen. (Isokorpi & Viitanen 2001, 86–87.) *Fysiologisessa* kanavassa ihmiset reagoivat tilanteeseen toimimalla fyysisesti, esimerkiksi liikkumalla, rentoutumalla, syömällä, nukkumalla sekä lääkkeitä tai huumaavia aineita käyttämällä (Ayalon 1996, 28).

Tässä tutkimuksessa selviytymiskeinoilla tarkoitetaan kaikkea sellaista käyttäytymisen ja ajattelun tasolla tapahtuvaa toimintaa, jonka avulla nuoret aikuiset omien sanojensa mukaan pyrkivät helpottamaan oloaan ahdistuneisuutta tai masentuneisuutta tuntiessaan. Selviytymiskeinot kohdistuvat tällöin siis psyykkiseen terveyteen.

### **3. Nuorten aikuisten mielenterveyspalvelujen käyttö ja avun hakeminen**

Avun hakeminen terveyteen liittyvään ongelmaan voidaan määritellä prosessiksi, joka alkaa vastauksena ongelmaan, jota yksilö ei kykene ratkaisemaan omin avuin, ja joka sisältää aktiivista tavoittelua päästä vuorovaikutukseen kolmannen osapuolen kanssa (Cornally & McCarthy 2011). Rickwoodin ym. (2005) mukaan kyseiseen prosessiin kuuluu neuvojen, tiedon, hoidon ja yleisen

tuen etsimistä, sekä halua tulla ymmärretyksi. Kyseinen määritelmä korostaa henkilön reagoimista johonkin asiaan tai tilanteeseen ja toiminnan kohdistamista havaitun ongelman tulkintaan sekä aktiiviseen ja tietoiseen avun hakemiseen. Käsite sisältää muiden ihmisten kanssa kommunikointia ja kattaa monenlaisia avun saamisen muotoja, kuten tiedollisen, epävirallisen ja emotionaalisen tuen saamista.

Apua voidaan hakea monilta eri tahoilta, jotka vaihtelevat muodollisuutensa mukaan. Tavallisesti käsite jaetaan epäviralliseen ja viralliseen avun hakemiseen ja avunlähteisiin. Näistä ensimmäinen tarkoittaa avun etsimistä sosiaalisista suhteista, kuten ystäviltä, sukulaisilta ja perheeltä. Muodollinen avun hakeminen puolestaan tapahtuu hakemalla apua koulutetuilta ammattihenkilöiltä, kuten terveydenhuollon työntekijöiltä, opettajilta tai nuorisotyöntekijöiltä. (Rickwood ym. 2005.)

Erään toisen määritelmän mukaan epäviralliset avun lähteet voidaan jakaa edelleen läheisiin ja laajempiin tahoihin, joista ensimmäisiin kuuluvat esimerkiksi tyttö- ja poikaystävät, ystävät, perhe ja muut sukulaiset. Laajempiin tahoihin kuuluvat opettajat, hengellisen työn tekijät sekä erilaiset tukea tarjoavat järjestelmät, kuten ”*help-line*”. Tällöin muodollisen avun antajilla tarkoitetaan siis ainoastaan terveydenhuollon ammattilaisia, kuten psykiatreja, psykologeja ja lääkäreitä. (D’Avanzo, Barbato, Erzegovesi, Lampertico & Valsecchi 2012.) Lisäksi nykyisin teknologian kehittymisen myötä apua voidaan yhä enemmän hakea myös sellaisista lähteistä, joissa ei olla suorassa kontaktissa toiseen ihmiseen, kuten internetistä (Rickwood ym. 2005).

On havaittu, että merkittävä osa nuorista ei mielenterveyteensä liittyvästä oireilustaan huolimatta hae hoitoa (Kessler, Avenevoli & Merikangas 2001). Nuorten masennus onkin, toisin kuin aikuisten, useammin sekä alidiagnosoitu että alihoidettu (Thapar, Collishaw, Potter & Thapar 2010). Mielenterveyspalvelujen käyttöä koskevissa kansainvälisissä tutkimuksissa on havaittu, että vain pieni osa eli noin 20–40 % nuorista, jotka kärsivät mielenterveyden häiriöistä hakee apua ongelmiinsa, ja vain pieni osa nuorista on hoidon piirissä. Lisäksi tutkimusten mukaan vain noin viidennes vakavasta masennuksesta kärsivistä nuorista ja nuorista aikuisista on hakenut apua terveydenhuollon palveluista. (Marttunen & Kaltiala-Heino 2014a; Pylkkänen 2013; Salminen 2004; Aalto-Setälä 2002.)

Myös Suomessa tilanne vaikeimpien häiriöiden osalta vaikuttaa huonolta, sillä vakavasti masentuneista suomalaisnuorista vain alle puolet on psykiatrisessa hoidossa (Aalto-Setälä 2002).

Tähän saattaa olla yhtenä syynä se, että esimerkiksi erään yhdysvaltalaisen tutkimuksen mukaan 15–24-vuotiaiden nuorten - erityisesti miesten - asenteet mielenterveyspalveluja kohtaan ovat negatiivisempia kuin vanhempien ikäryhmien asenteet (Gonzalez, Alegria, Prihoda, Copeland & Zeber 2004). Lisäksi hoitoon hakeutumisessa on havaittu olevan huomattavaa viivettä, sillä masennuksesta kärsivien on havaittu odottavan keskimäärin vuoden oireiden alkamisesta ennen kääntymistään terveydenhuollon palveluiden puoleen (Salminen, Saarijärvi, Tikka, Rissanen, Raitasalo, Toikka & Puukka 1997) ja vain vähemmistö ihmisistä hakee apua vuoden sisällä masennuksen alkamisesta (Hengartner, Angst, Ajdacic-Gross, Rössler & Angst 2005).

Nuorten mielenterveys -kohorttitutkimuksessa on selvitetty yläkoululaisten masentuneiden avun hakemista masennukseen. Tulosten mukaan masentuneista 9-luokkalaisista nuorista vain neljännes oli hakenut apua terveydenhuollon palveluista vuosina 2002–2003 ja kolmannes vuosina 2012–2013. Hoitoon hakeutuneiden osuuden muutos kymmenen vuoden aikana ei ollut tilastollisesti merkitsevä. Tyttöjen ja poikien kohdalla tilanne oli kehittynyt eri suuntiin siten, että masentuneilla tytöillä hoitoon hakeutuneiden osuus oli kasvusuunnassa ja pojilla puolestaan laskusuunnassa. (Kaltiala-Heino, Welling & Fröjd 2014.) Näin ollen hoitoon hakeutumisessa ei ole viime aikoina tapahtunut merkittäviä muutosta.

Tutkimusten mukaan naisten on havaittu olevan miehiä tietoisempia pitämään huolta omasta terveydestään koskien kaikkia terveyden eri osa-alueita. He myös myöntävät helpommin olevansa terveydenhuollon avun tarpeessa. (Straub 2007, 367.) Tytöt ja naiset hakevatkin apua poikia ja miehiä useammin ja myös nopeammin oireiden ilmenemisen jälkeen (Marttunen & Kaltiala-Heino 2014a; Baum & Grunberg 1991). Lisäksi he pyytävät miehiä enemmän apua muilta ikäisiltään, ystäviltään ja vanhemmiltaan. Toisaalta ystävän käyttö nuoruusiässä avunlähteenä erityisesti mielenterveyden ongelmia ja häiriöitä koskien voi olla ongelmallista ja haitallista avun tarjoajan kannalta, koska ystävällä ei välttämättä ole kokemusta ja kypsyyttä ottaa kyseistä roolia avun tarjoajana tai apuun johdattajana ja neuvonantajana. (Jorm 2011.)

Hoitoon hakeutumisen todennäköisyyden on havaittu lisääntyvän, mikäli hoitoa hakevalla esiintyy samanaikaissairastavuutta (Aalto-Setälä 2002). Lisäksi avun hakemiseen vaikuttaa ongelman vakavuusaste. On havaittu, että sitä helpommin apua haetaan mitä vaikeammasta ahdistuksesta tai masennuksesta on kysymys. Erityisesti miehillä avun hakeminen etenkin terveydenhuollosta on voimakkaasti yhteydessä ongelman vakavuuteen (Schmitt, Realo, Voracek & Allik 2008). Lisäksi

avun hakemiseen vaikuttaa se, onko ongelmaan haettu apua aiemmin. Sukupuolierot avun hakemisessa voivat olla tärkeitä yritettäessä ymmärtää esimerkiksi nuorten miesten suhteellisen korkeaa itsemurhien määrää. (Biddle, Gunnell, Sharp & Donovan 2004.)

Koska edellä mainittujen havaintojen perusteella ainoastaan pieni osa masennuksesta ja ahdistuksesta kärsivistä nuorista aikuisista, etenkin miehistä, käyttää terveydenhuollon palveluja, olisi hyvä ja hyödyllistä tietää miten he ongelmiaan hoitavat ja oloaan helpottavat omien keinojensa avulla. Lisäksi olisi tärkeää saada tietoa muun muassa siitä, kuinka suuri osa pyrkii helpottamaan oloaan esimerkiksi päihteitä käyttämällä tai muiden terveydelle haitallisten keinojen avulla.

Lucock ym. (2011) toteavat katsauksessaan, että on erityisen tärkeää ja hyödyllistä tarjota sellaisia terveyspalveluja, jotka antavat tarvittavaa ja oireenmukaista hoitoa ja tukea, mutta jotka myös samalla kunnioittavat kunkin ihmisen itsemääräämisoikeutta ja omia keinoja hoitaa ja käsitellä ongelmiaan. Kyseisen tutkimuksen tulokset osoittivat ihmisten pitävän tärkeänä, että he voivat kontrolloida elämäänsä, hoitoaan ja tulevaisuuttaan ja että heille tarjotaan myös mahdollisuus siihen. Ihmiset pitivät tärkeänä myös asian- ja tarpeenmukaisen tuen saamista - sekä läheisten että terveydenhuollon ammattilaisten - tarjoamana. Ammattilaisten taholta odotettiin myös joustavaa sekä muuttuviin ja yksilöllisiin tarpeisiin vastaavaa tukea. Lisäksi korostettiin tasapainon merkitystä tuen ja autonomian välillä, mikä voi vaihdella eri aikoina ja eri tilanteissa.

## **4. Masentuneisuuden ja ahdistuneisuuden lievittämiseen käytettyjä keinoja**

### **4.1. Keinot nuorilla aikuisilla**

Masennuksen ja ahdistuneisuuden monimuotoisuuden ja vaikeusasteen vaihtelevuuden vuoksi myös oireiden hoito on hyvin yksilöllistä. Etenkin lievempien oireiden kohdalla jo keskusteluapu saattaa olla riittävä apukeino ja hoitomuoto. Lääkehoidon ja psykososiaalisen tuen lisäksi myös sairastuneen omalla toiminnalla on merkitystä oireiden hallinnan ja/tai toipumisen kannalta. Masennus- tai ahdistusoireita voi pyrkiä lievittämään esimerkiksi kohtuullisella liikunnalla,

terveellisellä ravinnolla, muiden ihmisten seurassa olemisella sekä stressitekijöiden välttämisellä ja vähentämisellä. Myös alkoholinkäytön pitäminen kohtuullisena on suotavaa. (Koskinen 2014.) Näin ollen ihminen voidaan nähdä aktiivisena toimijana oman terveytensä ylläpitämisen ja edistämisen sekä sairauksien ehkäisemisen ja osaltaan myös hoitamisen suhteen.

Thayer, Newman ja McClain (1994) selvittivät tutkimuksessaan aikuisten käyttämiä keinoja alakuloisen olon helpottamisessa. Tutkimuksen tulosten mukaan suosittuja ja usein käytettyjä keinoja olivat esimerkiksi toisten ihmisten kanssa puhuminen tai ajan viettäminen jonkun kanssa, omien ajatusten kontrollointi kuten positiivisten asioiden ajattelu, keskittyminen johonkin muuhun ja itsensä kannustaminen, musiikin kuuntelu, yksin oleminen, tilanteen analysointi alakuloa aiheuttavan syyn selvittämiseksi, liikunta, nukkuminen, mukavien asioiden tekeminen, tv:n katsominen, huumorin käyttäminen ja asioiden laittaminen oikeisiin mittasuhteisiin.

Tutkimusten mukaan nuoret ja nuoret aikuiset käyttävät ahdistusta tai masentuneisuutta tuntiessaan mieluummin apunaan epävirallisia kuin virallisia avunlähteitä (Reavley, Yap & Wright 2011) tai, joskin harvemmin, erilaisia elämäntapaa ja -tyyliin liittyviä keinoja sekä täydentäviä ja vaihtoehtoisia terapia- ja hoitomuotoja (Morgan & Jorm 2008). Itsehoidon menetelmien käyttämisen suosion uskotaan johtuvan siitä, että näiden menetelmien avulla toteutettavat keinot ja toimenpiteet ovat suhteellisen helposti saavutettavissa ja toteutettavissa. Lisäksi tällaiset keinot ovat usein edullisempia sekä vähemmän stigmaa eli leimaantumista aiheuttavia. Vaikka nuoret ja nuoret aikuiset tutkimuksissa raportoisivat avun hakemisen olevan omien keinojen käyttöä hyödyllisempää, itsehoito kuitenkin käytännössä toteutuu useammin. (Reavley ym. 2011; Jorm 2011.)

Reavleyn ym. (2011) tutkimuksen perusteella 16–24-vuotiaiden nuorten tavallisesti käyttämiä, yleisiä ja suosittuja itsehoidon keinoja olivat fyysinen aktiivisuus, kuten liikunta, aikaisin aamulla ylös nouseminen, ulkoilu ja auringon valossa oleminen, vitamiinien ottaminen sekä meditointi. Erään australialaisen tutkimuksen mukaan edellisten ohella muita yleisesti käytettyjä tapoja helpottaa pahaa oloa olivat rentoutuminen alkoholia juomalla, paineiden purkaminen eri tavoin, lomailu sekä vapaan ottaminen töistä (Jorm, Medway, Christensen, Korten, Jakomb & Rodgers 2000).

Martorell-Poveda ym. (2015) ovat hiljattain tehdyssä laadullisessa tutkimuksessaan kartoittaneet haastattelun avulla nuorten aikuisten käyttämiä itsehoidon ja selviytymisen keinoja sekä nuorille

tärkeitä voimavaran lähteitä. Saamiensa tulosten perusteella he päätyivät jakamaan nämä voimavarat sekä tutkittavien käyttämät monenlaiset keinot masennuksen ja ahdistuksen lievittämiseksi kymmeneen eri kategoriaan, jotka olivat itsehoito, ystävät, muut, vanhemmat, aikuiset, tyttö- tai poikaystävät, sukulaiset, urheilu, luova toiminta ja vaihteleva toiminta. Näistä alakategorioista he muodostivat neljä yläkategoriaa, jotka he nimesivät seuraavasti: *Yksilöllisyyden ja sosiaalisuuden välissä, Tunnepitoinen ja muovaava ympäristö, Ongelman ulkoistaminen sekä Aistinvarainen ja esteettinen ilmaiseminen.*

*Yksilöllisyyden ja sosiaalisuuden välissä* kattaa ne henkilön omaavat voimavarat, jotka vahvistavat nuoren yksilöllisyyttä pyrkimyksensä ylläpitää autonomiaa ongelmia ratkoessaan. Nuoret esimerkiksi ajattelivat, että yksinolo ja hiljaisuus auttavat löytämään ratkaisun ongelmiin. He myös kokivat kyseisen tavan toimia helpoksi, koska tällöin ratkaisu ongelmaan voi olla löydettävissä missä ja milloin tahansa ajasta ja paikasta riippumatta. Keinoina nuoret mainitsivat esimerkiksi tunteistaan ja kokemuksistaan kirjoittamisen. Toisaalta yksin olemisen ja hiljaisuuden lisäksi nuoret aikuiset myös kokivat sosiaalisen vuorovaikutuksen ja ystävien tuen elämän jokapäiväisissä ongelmissa erittäin tärkeinä asioina. Heidän mielestään ystävydessä on aina mukana molemminpuolinen tuki. Keinoina nuoret mainitsivat esimerkiksi hauskanpidon, asioista puhumisen muiden kanssa, ulos menemisen sekä mahdollisuuden purkaa tunteitaan esimerkiksi avautumalla niistä muille ihmisille.

*Tunnepitoisessa ja muovaavassa ympäristössä* vastaajat kokivat aikuisten, erityisesti vanhempien, tuen tärkeänä ahdistavissa ja vaikeissa tilanteissa. Vanhempien koettiin olevan tärkein instrumentaalisen eli epämuodollisen tuen lähde erilaisissa kriisitilanteissa, kuten taloudellisissa vaikeuksissa, sairastumistapauksissa ja erilaisissa vaikeissa päätöksentekotilanteissa. Vanhemmat koettiin hyväksi avunlähteiksi erityisesti siksi, koska he tunsivat nuoren hyvin ja koska heillä oli enemmän elämäkokemusta.

*Ulkoistaessaan ongelman* nuoret sisällyttivät näköpiiriinsä sellaisia resursseja, jotka saavat heidän ajatuksensa pois ahdistavasta tilanteesta tai ajatuksesta. Tällöin he esimerkiksi mainitsivat kysyvänsä apua ja mielipiteitä läheisiltään ja sukulaisiltaan. Muita mainittuja keinoja olivat fyysisesti kuormittavat harrastukset sekä kaikenlaiset muut harrastukset ja toiminnot, jotka saivat ajatukset pois ahdistusta aiheuttavasta asiasta tai tilanteesta. Lisäksi erityisesti joukkuelajit nähtiin



myös keinona laajentaa sosiaalista verkostoa ja löytää tukea myös muualta kuin lähipiiriin kuuluvilta henkilöiltä.

*Aistinvarainen ja esteettinen ilmaiseminen* sisälsi kirjavan joukon pohjimmiltaan omaperäisiä, taiteellisia sekä aistimuksellisia keinoja, joissa yhdistyvät vastaajan sisäinen ja ulkoinen maailma. Nuoret aikuiset mainitsivat esimerkiksi kuuluvansa johonkin bändiin, laulavansa tai soittavansa jotakin soitinta, näyttelevänsä tai tanssivansa. Lisäksi vastaajat käyttivät keinoinaan rentoutumista, meditaatiota, sekä erilaisia vaihtoehtoisia terapiamuotoja. Nämä aktiviteetit tarjosivat nuorille mahdollisuuden elää toisessa todellisuudessa, jolloin he kykenivät näkemään maailman eri tavoin. Vaikka nuoret eivät uskoneet keinojen ratkaisevan ongelman perimmäistä syytä, he uskoivat niiden auttavan helpottamaan pahaa oloa. (Martorell-Poveda ym. 2015.)

Suomalaisille tyypillisiä selviytymiskeinoja on kartoitettu esimerkiksi eräällä kurssilla Orimattilassa v. 1992, jolloin kurssille osallistujilta kysyttiin: ”Mitä teet, kun sinua kohtaa elämässä äkillinen, stressaava ongelma?”. Vastaukset voi kyselyn tulosten perusteella jakaa karkeasti neljään eri ryhmään. Ensiksi on havaittavissa, että luonnolla näyttäisi olevan suomalaisille suuri merkitys, sillä luonnossa olemisen koettiin auttavan ahdistuksen ja stressin lievittämisessä. Toiseksi harrastusten suosio oli suuri, ja niistä koostuvan suuren ja kirjavan ryhmän koettiin tarjoavan vastapainoa kuormitusta aiheuttaville ja stressaaville tekijöille. Kolmanneksi teknologian voimakkaan ja nopean kehittymisen myötä selviytymiskeinojen välineistö on rikastunut huomattavasti tuoden mukanaan uusia ulottuvuuksia ja uusia vaihtoehtoja etenkin nuorten ihmisten arkeen. Neljänteen sekalaiseen ryhmään kuului esimerkiksi siivoaminen etenkin naisilla, matkustaminen, alkoholin käyttö sekä jonkin eläimen läsnäolo. (Vertio 2003.)

#### 4.2. Keinot nuorilla naisilla ja miehillä

Mielialan parantamiseen tähtäävien toimintojen käytössä on havaittu olevan paljon sekä yksilöllisiä että eri ryhmien välillä vallitsevia eroja. Selkeimpiä eroja on havaittu esiintyvän sukupuolten välillä. Tällaisia eroja eri selviytymiskeinojen ja itsehoitokeinojen käytössä on havaittavissa jo varhaisnuoruudessa. Esimerkiksi Byrnen (2000) tutkimuksen mukaan pojat ja tytöt alkoivat käyttää erilaisia selviytymiskeinoja 12 ikävuodesta lähtien. Lisäksi hänen tutkimuksestaan ilmeni, että nuoret pojat olivat tyttöjä taitavampia lieventämään kokemiaan ahdistuneisuuden ja

pelon tunteita. Hampelin ja Petermannin (2005) mukaan naiset kuitenkin yleensä luottavat miehiä enemmän omiin kykyihinsä selviytyä vaikeasta tai ongelmallisesta tilanteesta. Toisaalta on myös havaittu, että miehet luottavat itseensä ja selviytymiseensä omien keinojensa avulla, eivätkä myöskään mielellään tunnusta olevansa avun tarpeessa. Lisäksi he pyrkivät kieltämään vallitsevan ongelman, mikä ilmenee avun hakemisen välttelynä. (Offer, Howard, Schonert & Ostrov 1991.) Onkin havaittu, että miehet ovat naisia taipuvaisempia pyrkiä olemaan vahvoja, kestävämpiä sekä pitämään ongelman mieluummin omana tietonaan kuin puhumaan siitä muille (Nolen-Hoeksema 1987; Martorell-Poveda ym. 2015).

Tutkimuksissa on pyritty selvittämään keskeisiä eroja naisten ja miesten tavoissa käyttää eri selviytymis- ja itsehoitokeinoja. On havaittu, että naiset käyttävät miehiä enemmän tunnesuuntautuneita keinoja erityisesti myöhäisnuoruudessa (Heiman 2004; Roth & Cohen 1986). Lisäksi tutkimukset ovat osoittaneet, että vaikka naiset ja miehet kokevat masennuksen suunnilleen samalla tavalla, naiset ovat myös miehiä taitavampia ja taipuvaisempia ilmaisemaan tunteitaan avoimemmin esimerkiksi itkemällä sekä kertomalla ja juttelemalla kokemuksistaan ja tuntemuksistaan muille ihmisille. Lisäksi he kykenevät miehiä paremmin tarjoamaan vastavuoroista tukea muille sitä tarvitseville. (Nolen-Hoeksema 1987; Martorell-Poveda ym. 2015.)

Kaiken kaikkiaan naisten on havaittu käyttävän laajemmin erilaisia selviytymiskeinoja kuin miesten (Tamres, Janicki & Helgeson 2002). Nolen-Hoekseman (1987) tutkimuksessa nuoret naiset kertoivat tähtäävänsä ratkaisukeskeisyyteen pyrkiessään selvittämään masennuksensa syitä, puhuvansa muille tunteistaan ja olostaan sekä itkevänsä helpottaakseen oloaan. Naisten on myös havaittu esimerkiksi sisäistävän tunnetilansa paremmin ja olevan taipuvaisempia pohtimaan ja käymään läpi ongelmiaan (Roth & Cohen 1986). Nuorilla naisilla on myös tapana solmia läheisempiä ja syvempiä sosiaalisia suhteita ja siteitä kuin miehillä. (Roth & Cohen 1986; Nolen-Hoeksema 1987.) Heillä on myös tavallisesti miehiä enemmän läheisistä ihmisistä koostuvia sosiaalisia verkostoja, joiden tarjoamaa tukea ja apua he myös käyttävät aktiivisesti hyödykseen toisin kuin miehet, jotka tavallisemmin turvautuvat vain yhteen henkilöön tai pieneen apujoukkoon (Baum & Grunberg 1991).

Toisaalta Nolen-Hoeksema ja Girgus (1994) esittävät, että tällaiset nuorille naisille tyypilliset persoonallisuuden piirteet, kuten pohdiskeleva ja mietiskelevä suhtautuminen ongelmiin ja omaan olotilaan sekä passiiviset toiminnat kuten syöminen edesauttavat masennuksen kehittymistä.

Ollessaan masentuneita tai ahdistuneita joillakin ihmisillä on tapana keskittyä passiivisesti pahaan oloonsa ilman, että toimisivat aktiivisesti ongelman ratkaisemiseksi. Tämä taas saattaa pahentaa ja pitkittää masentunutta tai ahdistunutta mielialaa toimien tällöin myös yhtenä selittävänä tekijänä nuorten naisten ja miesten masennuksen ilmaantumisen ja vallitsevuuden eroissa.

Nolen-Hoeksema (1987) pyysi tutkimusaineistoaan kerätessään korkeakoulussa opiskelevia nuoria miehiä ja naisia kertomaan, miten he pyrkisivät helpottamaan oloaan tuntiessaan tai kokiessaan ahdistuneisuutta tai masentuneisuutta. Hän antoi vastaajille mahdollisuuden listata 37 vaihtoehdosta asioita tärkeysjärjestykseen laitettuina. Tulosten mukaan miehet vastasivat huomattavasti naisia useammin välttävänsä miettimestä masentuneisuutensa syitä, tekevänsä jotakin fyysisesti rasittavaa kuten urheilevansa sekä käyttävänsä lääkkeitä tai huumeita. Miesten onkin havaittu tekevän naisia useammin asioita, joiden avulla he pyrkivät saamaan ajatuksensa pois ahdistuksen tai masentuneisuuden tunteesta (Roth & Cohen 1986; Nolen-Hoeksema 1987). Eräässä toisessa tutkimuksessa miehille tyypillisiä selviytymiskeinoja olivat pyrkimys rentoutua ja vapaa-ajan viettäminen (Hampel & Petermann 2005). Pojilla ja miehillä on myös havaittu olevan tapana käyttää apunaan tyttöjä ja naisia enemmän materiaalisia keinoja, esimerkiksi televisiota ja muuta mediaa helpottaakseen oloaan piilevien masennus- ja ahdistuneisuusoireidensa kanssa, jotka erilaisten stressitekijöiden ja vaatimusten ilmaantuessa saattavat myöhemmin johtaa huomattavampiin masennus- ja ahdistuneisuusoireisiin (Primack, Swanier, Georgiopoulos, Land & Fine 2009).

Hännisen ja Aron (1996) tutkimuksen tavoitteena oli selvittää käsitystä, jonka mukaan erot nuorten aikuisten käyttämässä selviytymiskeinoissa ovat syynä sukupuolen ja masennuksen välisessä yhteydessä. He jakoivat tutkimustulostensa perusteella nuorten 22-vuotiaiden aikuisten käyttämät selviytymiskeinot toimiviin ja asianmukaisiin (*functional*) sekä häiriintyneisiin ja haitallisiin (*dysfunctional*) keinoihin. Ensin mainitut keinot sisälsivät ongelman ratkaisemiseen tähtääviä toimintoja sekä hyödyllisiksi luokiteltuja tunnesuuntautuneita keinoja. Tällaiset keinot, kuten positiivinen asioiden uudelleenarvioiminen sekä itsensä rohkaiseminen ja kannustaminen, johtavat useammin ongelmanratkaisuun, kun taas haitalliset ja häiriintyneet keinot, kuten ongelmasta irtaantuminen ja pakeneminen, poissulkevat mahdollisuuden ongelman ratkaisemiseen (Scheirer, Weintraub & Carver 1986).

Hännisen ja Aron (1996) mukaan häiriintyneet eli haitalliset keinot sisälsivät myös esimerkiksi itsensä syyttelyä, vihan ja muiden kielteisten tunteiden purkamista muihin ihmisiin sekä lohdun etsimistä esimerkiksi herkuttelusta tai alkoholin juomisesta. Häiriintyneillä selviytymiskeinoilla on myös havaittu olevan positiivinen yhteys masennuksen ilmaantumisen kanssa. Kyseisen tutkimuksen tulosten mukaan alkoholin käyttöä lukuun ottamatta naiset käyttivät jonkin verran miehiä enemmän häiriintyneitä ja haitallisia keinoja. Lisäksi heidän havaittiin olevan helpommin lannistuvia sekä huonommin tilanteeseen sopeutuvia ja vähemmän joustavia kuin miesten. Myös masennukseen liittyvät ja sitä ennustavat oireet olivat heillä yleisempiä kuin miehillä, mistä selittyy myös se, että masennus on naisilla miehiä yleisempää.

Kaiken kaikkiaan voidaan siis päätellä, että naisten ja miesten selviytymiskeinojen käytössä on havaittavissa muutamia keskeisiä eroja. Ensiksikin naiset käyttävät pääasiassa miehiä enemmän hyödykseen sosiaalista tukea ja tunnesuuntautuneita keinoja eli he ovat emotionaalisesti aktiivisempia kuin miehet. Naiset ovat myös miehiä taipuvaisempia ja aktiivisempia pyrkimään ratkaisemaan ongelman ja ahdistusta aiheuttavan tekijän. Miehet puolestaan ovat naisia vähemmän aktiivisia ongelmasta selviytymiseen tähtäävän toiminnan toteuttamisessa. He pyrkivät lievittämään pahaa oloaan esimerkiksi harrastamalla, huumoria käyttämällä ja ajatuksia kontrolloimalla tekemällä muita asioita (Thayer ym. 1994). Toisaalta aina eroja ei ole havaittavissa, sillä esimerkiksi Billings ja Moos (1984) havaitsivat tutkiessaan naisten ja miesten välisiä eroja selviytymiskeinojen käytössä näiden erojen olevan suhteellisen pieniä. Eroja varsinaisen masennuksen ilmenemisessä puolestaan saattaa selittää se, että naisten käyttämät tunnesuuntautuneet ja vähemmän hyödylliset keinot johtavat useammin masennuksen syntymiseen (Hänninen & Aro 1996: Thayer ym. 1994.)

#### 4.3. Masennuksen yhteys käytettyihin keinoihin

On olemassa vain suhteellisen vähän tietoa siitä, miten joskus masennuksen kanssa eläneet tai masentuneet ihmiset yrittävät parantaa mielialaansa, sekä miten nämä keinot eroavat ilman masennusta olevien tai masennushistoriaa omaavien henkilöiden käyttämistä keinoista. Tutkijat ovat vasta hiljattain tehneet kokeellisia tutkimuksia pyrkiäkseen selvittämään asiaa sekä yrittääkseen erotella oireita lieventäviä ja niitä pahentavia keinoja.

Tutkijoiden kiinnostuksen kohteena ovat olleet erityisesti kolme seuraavaa keinoa: positiivisten asioiden muistelu, huomion kiinnittäminen muualle sekä asioiden mietiskely ja omaan alakuloon keskittyminen. Näistä kahden ensimmäisen on tutkimuksissa todettu parantavan ei-masentuneiden olotilaa. (Kovacs, Rottenberg & George 2009.) Masentuneiden kohdalla tulokset ovat kuitenkin olleet epä johdonmukaisia (Kuehner & Weber 1999; Arnow, Spangler, Klein & Burns 2004).

Masentuneiden on havaittu pohdiskelevan huonovointisuuttaan, mikä ennemminkin pitkittää kuin auttaa heidän olotilaansa (Nolen-Hoeksema, Wisco & Lyubomirsky 2008). Myös erään pitkittäistutkimuksen mukaan masentuneet tai masennushistorian omaavat raportoivat suuren joukon erilaisia kognitiivisia ja käyttäytymiseen liittyviä keinoja, jotka mahdollisesti vain pahentavat alakuloa. Tällainen toiminta saattaa myös ennustaa huonompaa sairauden kulkua, pahentaa ennustetta sekä lisätä riskiä sairauden uusiutumiseen. Nämä henkilöt mainitsivat tällaisia huonosti sopeutuvia keinoja enemmän kuin verrokkiryhmään kuuluvat henkilöt. Lisäksi nämä henkilöt mainitsivat myös oireita lievittäviä, positiivisia keinoja (mukavien asioiden ajattelu, hyvän musiikin kuuntelu, ratkaisukeskeisyys) jonkin verran verrokkeja vähemmän. Verrokkit myös ilmoittivat käyttävänsä keinoinaan masentuneita enemmän monenlaista käyttäytymiseen liittyvää hyödyllistä toimintaa, kuten fyysistä aktiivisuutta ja harjoittelemista, omista tunteistaan ja olotilastaan keskustelemista esimerkiksi perheenjäsenten tai puolison kanssa, sosiaalisten suhteiden harjoittamista viettämällä aikaa ystävien kanssa sekä rentoutumiseen tähtäävää toimintaa. (Kovacs ym. 2009.)

Toisaalta masentuneiden on kuitenkin havaittu myös etsivän keinoja olonsa helpottamiseen. Billings ja Moos (1984) havaitsivat tutkiessaan aikuisia masentuneita ja ei-masentuneita henkilöitä ja verratessaan heidän käyttämiään keinoja, että masentuneet käyttivät verrokkeja enemmän apunaan tiedon etsimistä, kuten muiden kanssa juttelemista, vertaistuen etsimistä sekä tilanteeseen liittyvän lisätiedon etsimistä. Samassa tutkimuksessa havaittiin kuitenkin myös, että masentuneet käyttivät muita enemmän tunteiden purkamista esimerkiksi purkamalla pahaa oloaan muihin ihmisiin, käyttämällä päihteitä ja alkoholia tai syömällä liikaa. Masentuneet käyttivät myös vähemmän ongelman ratkaisemiseen tähtääviä keinoja, kuten suunnitelmallista ja harkitsevaa toimintaa ongelman selvittämiseksi, askeleittain etenemistä ja elämistä päivä kerrallaan sekä asian positiivisten puolien etsimistä.

Yhteenvedon aikaisemmista tutkimustuloksista voidaan todeta, että ongelman ratkaisemiseen tähtäävä toiminta ja tunteiden säätelyyn liittyvät keinot ovat yhteydessä lievempiin mielenterveyden häiriöihin. Sen sijaan tunteiden purkaminen ja välttämiskäyttäytyminen ovat yhteydessä vakavampiin häiriöihin.

#### 4.4. Avun hakemisen yhteys käytettyihin keinoihin

Sitä miten apua hakeneiden ja sitä hakemattomien itsehoidon keinot eroavat toisistaan, ei luultavasti ole juurikaan tutkittu. On kuitenkin perusteltua olettaa, että avun hakeminen antaisi henkilölle uusia keinoja hoitaa ahdistustaan tai masennustaan edellyttäen, että apua hakenut on saanut hoitoa. Esimerkiksi Käypä hoito -suosituksen (2014) mukaan vaikuttaviksi osoittautuneita masennuksen hoidossa käytettyjä terapiamuotoja ovat muun muassa kognitiivinen psykoterapia, käyttäytymisen aktivointi, interpersoonallinen terapia ja psykodynaaminen psykoterapia. Lisäksi lievien masennustilojen hoidossa voidaan käyttää myös ongelmanratkaisuterapiaa, ratkaisu- ja voimavarakeskeistä terapiaa sekä hyväksymis- ja omistautumisterapiaa. (Depressio: Käypä hoito suositus 2016.) Myös Paunio ym. (2012) toteavat katsausartikkelissaan psykoterapioiden olevan huomattavan tehokkaita hoitomuotoja. Näin ollen voidaan olettaa, että tällaiset lääkkeettömät hoitomuodot antaisivat potilaille valmiuksia ratkaisukeskeisyyteen tähtääviin toimintoihin esimerkiksi masennuksen ja ahdistuneisuuden syitä pohtimalla.

## 5. Tutkimuskysymykset

Tämän tutkimuksen tarkoituksena on selvittää, millaisia keinoja nuoret aikuiset käyttävät lievittääkseen oloaan tuntiessaan itsensä ahdistuneeksi tai masentuneeksi. Lisäksi tarkoituksena on tarkastella, miten sukupuoli ja masentuneisuuteen sekä ahdistuneisuuteen liittyvä oireilu ja avun hakeminen masennuksen tai muun mielenterveyden ongelman vuoksi ovat yhteydessä käytettyihin keinoihin. Tavoitteena on tuottaa mahdollisesti myös käytäntöön sovellettavaa tietoa siitä, miten nuoret aikuiset menettelevät tällaisia oireita kokiessaan, mikä auttaa ymmärtämään

paremmin käytettyjen keinojen monimuotoisuutta ja -puolisuutta. Tarkemmat tutkimuskysymykset ovat:

1. Millaisia keinoja nuoret aikuiset käyttävät pyrkiessään lievittämään ahdistunutta tai masentunutta mielialaa?
2. Miten sukupuoli on yhteydessä käytettyihin keinoihin?
3. Miten masennus on yhteydessä käytettyihin keinoihin?
4. Miten avun hakeminen on yhteydessä käytettyihin keinoihin?

## 6. Tutkimuksen aineisto ja menetelmät

### 6.1. Aineiston muodostuminen

Alussa esitellään yleisesti hanketta, johon tässä tutkimuksessa käytetty aineisto sisältyy, sekä hankkeeseen kuuluvia aikaisemmin toteutettuja tiedonkeruita. Tämän tutkimuksen aineisto koostuu toisesta seurantakyselystä, joka toteutettiin Pirkanmaan sairaanhoitopiirin, Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen (aikaisemmin Kansanterveyslaitos) sekä Tampereen yliopiston terveystieteen laitoksen yhteistyössä toteuttamasta Nuorten mielenterveys -hankkeeseen liittyvästä prospektiivisesta seurantatutkimuksesta. Kyseisen hankkeen tarkoituksena on tutkia mielenterveyden ongelmien yleisyyttä sekä riskitekijöitä ja suojaavia tekijöitä nuoruusikäisessä väestössä.

Tutkimus toteutettiin ensimmäisen kerran luokkakyselynä vuosina 2002–2003 kaikille Vantaan ja Tampereen alueen 9-luokkalaisille oppilaille, Tampereella lokakuussa 2002 ja Vantaalla tammikuussa 2003. Tutkimuksen toteutus luokkakyselynä mahdollisti sen, että vastaajat oli helppo tavoittaa. Ensimmäisessä vaiheessa Nuorten mielenterveys -kohorttitutkimukseen osallistui 3278 nuorta. Vastaajista tamperelaisia oli 1483 (vastausprosentti 95) ja vantaalaisia 1795 (vastausprosentti 85).

Ensimmäinen seurantakysely toteutettiin Tampereella syyslukukaudella 2004 ja Vantaalla kevätlukukaudella 2005. Seurantakyselyn toteuttaminen oli työläämpää kuin ensimmäisen kyselyn toteutus peruskoulussa olevilla nuorilla, sillä kaikkia tutkittavia ei enää voitu tavoittaa samasta paikasta. Seurantaan osallistuivat vain ne, joilta oli saatu täytetty vastauslomake vuosina 2002–2003. Ensimmäisessä seurantakyselyssä kyselyyn osallistui 60 % (n=2070) edelliseen kyselyyn vastanneista nuorista. Vastausaktiivisuus oli Tampereella 78 % (n=1163) ja Vantaalla 50 % (n=907).

Tämän tutkimuksen aineisto koostuu kohortin toisesta seurantakerroksesta, kuusivuotisseurannasta, joka toteutettiin vuosina 2009–2010 posti- ja verkkokyselyä tutkittavaan kohorttiin kuuluvien ollessa 22–23-vuotiaita. Kyselyyn kutsuttiin vastaamaan kaikki elossa olevat ensimmäiseen kyselyyn vuosina 2002–2003 vastanneet Suomessa asuvat henkilöt (n=3278). Kaikille niille Suomessa asuville tutkittaville, joilta löytyi osoitetieto väestökisteristä, lähetettiin marraskuussa 2009 kirje, jossa oli kutsu osallistua tutkimukseen. Kirje sisälsi paperisen kyselylomakkeen sekä tiedon suojatun verkkoyhteyden päässä olevasta osoitteesta, jossa voi vastata sähköisesti kyselyyn. Ensimmäinen muistutuskirje lähetettiin helmikuussa 2010 ja toinen saman vuoden toukokuussa. Toteutettu kysely oli viimeinen tutkittavien kotiin lähetettävä kyselylomake kyseisen tutkimuksen tiimoilta. (Kuva 1)

Ensimmäinen kysely luokkakyselyä peruskouluissa(n=3278)	Ensimmäinen seurantakysely oppilaitoksissa lomakekyselyä ja postikyselyä (n=2070, 60 %)	Toinen seurantakysely posti- ja verkkokyselyä (n=1288, 39 %), joista verkossa vastanneita 584
---------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------

2002–2003

2004–2005

2009–2010



Kuva 1 Nuorten mielenterveys -hankkeen eteneminen



## 6.2. Muuttujat

Tässä tutkimuksessa nuorten aikuisten käyttämiä keinoja lievittää ahdistuneisuutta ja masentuneisuutta selvitettiin avoimella kysymyksellä, joka kuului seuraavasti: ”Jos joskus tunnet itsesi masentuneeksi tai ahdistuneeksi, mitä tavallisimmin teet helpottaaksesi oloasi?”. Vastaukset saatiin vain niiltä, jotka olivat vastanneet kyselyyn verkossa (n=584). Postitse osallistuneiden vastaukset luettiin optisesti, eivätkä heidän vastauksensa avokysymykseen olleet sen vuoksi käytettävissä. Verkossa ja postitse vastanneet eivät eronneet toisistaan tilastollisesti merkitsevästi iän, perherakenteen, äidin koulutuksen, isän koulutuksen ja masennuksen tai sosiaalisen ahdistuneisuuden suhteen. Sen sijaan nuorten miesten osuus oli merkitsevästi ( $p < 0.001$ ) korkeampi verkossa vastanneissa (58 %) kuin postitse vastanneissa (28 %).

Tässä tutkimuksessa masennuksen mittaamisessa käytettiin Beckin lyhyttä, 13-osaista suomalaista versiota eli R-BDI:tä (Raitasalo 2007). Sen osiot sisältyvät sellaisenaan pidempään 21-osioiseen versioon. BDI on psyykkisen toimintakyvyn mittaamiseen kehitetty kysely, jonka tiedonkeruumenetelmänä on vastaajien itse täyttämä lomake. Mittarin alkuperäisenä käyttötarkoituksena on masennusoireiden intensiteetin mittaaminen sekä masennuksen määrittäminen mittaamalla masennuksen ilmenemistä käyttäytymisessä tutkimus- ja terapiakontekstissa. Suomessa mittarista on käytössä useita versioita. Lukuisissa väestötutkimuksissa sen on todettu olevan masennuksen seulontaan validi mittari, koska sen on havaittu kartoittavan depression kolmea keskeistä ulottuvuutta eli heikentynyttä suoriutumista, negatiivista asennoitumista omaan itseän ja somaattisia oireita. (THL 2011.)

Koska masentuneiden määrä tämän tutkimuksen kohteena olevassa aineistossa oli suhteellisen pieni, masennusta ei tässä tutkimuksessa jaotella lievään, keskivaikeaan tai vaikeaan masennukseen, vaan masennusta käsitellään dikotomisena joko - tai muuttujana, eli vastaajalla luokittelun mukaan joko on tai ei ole masennusta. Masentuneiksi luokiteltiin ne, jotka olivat saaneet kyselylomakkeen masennusseulaan kuuluvissa kysymyksissä kahdeksan pistettä tai yli, jolloin kyseisen luokituksen mukaan henkilöllä oli joko keskivaikea tai vaikea masennus.

Avun hakemista selvitettiin kysymyksellä: ”Oletko VIIMEKSI KULUNEIDEN KOLMEN VUODEN AIKANA hakenut apua terveydenhuollosta (esim. opiskelijaterveydenhuolto, terveyskeskus,

mielenterveystoimisto, nuorisopsykiatrian tai psykiatrian poliklinikka) masennuksen tai muun mielenterveyden ongelman takia?” Vastausvaihtoehdot olivat ”en” ja ”kyllä”.

### 6.3. Tutkimusmenetelmät

Tutkimusmenetelmiä on mahdollista käyttää rinnakkain, sillä jonkin menetelmän käyttäminen ei sulje pois toista vaihtoehtoa. Tällainen moniparadigmaisuus on yleistynyt nyky-yhteiskunnassa. Tutkimustehtävä ja -ongelma määrittävät sen, mitä menetelmiä milloinkin käytetään. (Töttö 2000.) Käytännössä kvantitatiivista ja kvalitatiivista tutkimusta lähestymistapoina on vaikea tarkkarajaisesti erottaa toisistaan (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2007, 132). Erilaisten metodien, tutkijoiden, tiedonlähteiden tai teorioiden yhdistämisestä samassa tutkimuksessa käytetään nimitystä triangulaatio. Tässä tutkimuksessa on kyseessä analyysitriangulaatio, jolla tarkoitetaan useampien analyysimenetelmien - tilastollisten ja laadullisten - käyttämistä samassa tutkimuksessa. Yhtenä triangulaation keskeisenä hyötynä on tutkimuksen luotettavuuden lisääminen. (Tuomi & Sarajärvi 2002, 140–146.) Lisäksi triangulaation käyttöä voidaan perustella sillä, että yksittäisellä tutkimusmenetelmällä saa vain harvoin kattavan kuvan tutkimuskohteesta, ja asioita on myös triangulaation avulla mahdollista tarkastella useammasta eri näkökulmasta (Eskola & Suoranta 2008, 68). Tässä tutkimuksessa sovelletaan sekä laadullista että määrällistä analyysiä, joiden tarkoituksena on täydentää toisiaan.

Tässä tutkimuksessa analysoitavaa kysymystä ”Jos joskus tunnet itsesi masentuneeksi tai ahdistuneeksi, mitä tavallisimmin teet helpottaaksesi oloasi?” ei ole Nuorten mielenterveys -kohorttitutkimuksessa ennen kysytty, joten kysymyksen vastauksia analysoimalla on mahdollista saada uudenlaista tietoa nuorten selviytymiskeinoista ja itsehoidon tavoista. Lisäksi laadulliset tutkimusmenetelmät ja avoimen kysymyksen käyttö kyselylomakkeessa mahdollistavat nuorten oman näkökulman tuomisen asiaan ja oman tavan ilmaista haluamansa, mikä auttaa ymmärtämään paremmin sitä monimuotoisuutta ja vaihtelevuutta, joita nämä keinot pitävät sisällään. Tutkittavilla oli mahdollisuus mainita vastauksessaan yksi, kaksi tai kolme keinoa.

## 6.4. Laadullinen analyysi

### 6.4.1. Sisällönanalyysi

Nuorten aikuisten käyttämiä keinoja lievittää ahdistuneisuutta ja masentuneisuutta tarkasteltiin aineistolähtöisen sisällönanalyysin avulla. Tämä tapahtui vastauksia erittelemällä, etsimällä niistä yhtäläisyyksiä ja eroavaisuuksia, sekä pyrkimällä jäsentämään vastauksista ilmeneviä asioita tiiviimpään muotoon. Tällaisen induktiivisen päättelyn avulla pyritään tekemään yleistyksiä ja päätelmiä aineistosta esille nousevien seikkojen perusteella. (Tuomi & Sarajärvi 2002, 105.)

Sisällönanalyysissä aineisto on tarkoitus järjestää tiiviiseen ja selkeään muotoon kuitenkin kadottamatta sen sisältämää informaatiota. Sisällönanalyysin tavoitteena on nimenomaan informaatioarvon lisääminen, kun pyritään tuomaan esille hajanaisesta aineistosta selkeää, mielekästä ja yhtenäistä tietoa. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 108.) Aineiston keräämisen, tekstiksi purkamisen ja teknisesti käsiteltävään muotoon valmistelun jälkeen aineisto on laadullisessa analyysissä järjestettävä jollakin tavalla (Eskola & Suoranta 2008, 150). Ennen varsinaista analyysiä tutkimusaineistoon tutustuttiin huolellisesti käymällä vastauksia läpi monia kertoja ja käyttämällä siihen paljon aikaa.

Tuomi ja Sarajärvi (2009) esittelevät teoksessaan Milesin ja Hubermanin (1994) kuvaaman aineistolähtöisen analyysin kolmivaiheisen prosessin, jonka ensimmäisenä vaiheena on aineiston redusointi eli pelkistäminen, jolloin aineistolta kysytään tutkimustehtävän ja -kysymysten mukaisia asioita. Tässä tutkimuksessa analysoitavat vastaukset olivat hyvin lyhyitä, joten pelkistämistä ei ollut tarpeen paljonkaan tehdä.

Toisena vaiheena prosessissa on aineiston klusterointi eli ryhmittely, jolloin samaa tarkoittavat asiat yhdistetään samoihin luokkiin, jotka nimetään sisältöjään kuvaavasti. Tällaisessa vastausten tyypittelyssä tavoitteena on tiivistää joukko tiettyä teemaa koskevia näkemyksiä ja ilmaisuja koko aineistoa koskevaksi yleistykseksi alaluokkiin (Tuomi & Sarajärvi 2009, 110). Seuraavaksi vastauksia alettiin ryhmitellä etsimällä niistä samankaltaisia asioita sisältäviä ilmaisuja, joita alettiin yhdistellä ja koota samoihin luokkiin. Apuna tässä vaiheessa käytettiin Microsoft Excel - taulukkolaskentaohjelmaa ja sen etsi-toimintoa. Koska samankaltaisia keinoja löytyi vastauksista

hieman eri sanavalinnoin ilmaistuna, ei tämä keino kuitenkaan yksinään ollut riittävä. Aluksi koottiin selkeästi samaan ryhmään kuuluvia asioita ja keinoja yhteen muodostamalla väljiä teemoja, mikä tapahtui merkitsemällä näitä keinoja eri väreillä. Näin alkoi muodostua samaan aihepiiriin kuuluvia alaluokkia.

Kolmantena vaiheena prosessissa on aineiston abstrahointi eli teoreettisten käsitteiden muodostaminen, mikä tapahtuu samansisältöisiä luokkia yhdistelemällä, minkä seurauksena saadaan sisältöään kuvaavia yläluokkia, joiden tulisi olla toisensa poissulkevia (Tuomi & Sarajärvi 2009, 110). Alaluokkien muodostamisen jälkeen alettiin pohtia tiiviimpää ja yleisempää kuvausta aineiston sisältämästä informaatiosta, minkä pohjalta alettiin muodostaa tilastollisen analyysin pohjana olevia yläluokkia pyrkimyksenä koota keinot näihin luokkiin siten, että niiden merkitykset säilyvät ennallaan.

#### 6.4.2. Luokkien muodostaminen

Luokkien muodostaminen on usein analyysin kriittisin ja haasteellisin vaihe, sillä on pitkälti tutkijan tulkinnan varassa, millä perusteella tutkittavien vastaukset sijoitetaan mihinkin luokkaan (Tuomi & Sarajärvi 2002, 103). Toisaalta tällainen menettelytapa myös antaa tutkijalle enemmän valtaa ja mahdollisuuksia, koska hänen tehtävänä on tehdä päätös siitä, mikä käsiteltävässä aineistossa on tutkimuskysymyksen tai -kysymysten kannalta olennaista tietoa ja mikä ei. Tutkimusaineiston huolellisen läpikäymisen myötä vastaajien mainitsemista keinoista oli mahdollista koota asioita ja ilmaisuja aluksi aihepiireittäin samoihin alaluokkiin, joita päädyttiin vastausten sisältöjen perusteella lopulta muodostamaan 16 kappaletta. Alaluokkien muodostamisen tavoitteena oli lähinnä samoja teemoja sisältävien vastausten kokoaminen samoihin luokkiin.

Tällainen asteittainen eteneminen helpotti ja mahdollisti aineiston jatkokäsittelyn tekemisen eli yläluokkien muodostamisen vastauksia tiivistämällä. Tämä tapahtui kahden riippumattoman tutkijan yhteistyöllä, mikä varmisti sen, että vastaukset ovat mahdollisimman loogisesti jaoteltavissa kyseisiin yläluokkiin, jotka toimivat apuna myös analyysin seuraavassa vaiheessa eli vastausten tilastollisessa analyysissä. Alaluokkien muodostamisen jälkeen myös toinen tutkija luokitteli tutkimusaineiston kyseisiin luokkiin ensimmäisestä riippumatta. Tämän jälkeen tutkijat tapasivat ja vertailivat luokitteluja. Neuvottelujen jälkeen tutkijat pääsivät yksimielisyyteen

luokittelusta. Yläluokkia päädyttiin muodostamaan lopulta vajaa puolet alaluokkien määrästä, eli yhdeksän kappaletta. Mikäli vastaajat olivat maininneet enemmän kuin yhden asian, kuten ”Yritän rentoutua ja katsoa esimerkiksi elokuvan avomieheni kanssa”, tai ” syön suklaata tai urheilen tai molempia” sijoitettiin kyseisen vastauksen sisältämät keinot useampaan luokkaan. Muutamat alaluokista jätettiin suoraan yläluokiksi joko sellaisenaan tai yhdistämällä niihin muita alaluokkia. (Taulukko 1 ja Taulukko 3)

Luokkien muodostaminen ei ollut aivan yksiselitteistä, koska nuorten aikuisten mainitsemissa keinoissa oli myös joitakin haasteellisia, monitulkintaisia sekä vaihtoehtoisia ja/tai pohdintaa aiheuttavia kohtia, koska vastauksista ei aina ollut suoraan pääteltävissä, mitä vastaaja ilmaisullaan tarkoitti tai halusi tuoda ilmi. Esimerkiksi vastaus ”lähdän ulos” voi tarkoittaa liikunnan harrastamista tai esimerkiksi kaupungille menemistä tai ystävien tapaamista. Siten on pitkälti tutkijan tulkinnan varassa, mihin luokkaan tällaiset vastaukset tulisi luokitella. Vastausten luonteesta johtuen nähtiin hyödylliseksi muodostaa myös ”muut” -luokka, koska jotkut vastauksista poikkesivat muista niin oleellisella tavalla, ettei niitä voinut loogisesti sijoittaa mihinkään alaluokista.

<b>Alkuperäinen ilmaus</b>	<b>Alaluokka</b>	<b>Yläluokka</b>
ulkoilen liikunta menen salille treenaan urheilen harrastan liikuntaa	urheilu, liikunta ja ulkoilu	fyysiset harrastukset, aktiivinen toiminta
musisoin tai sävellän piirtäminen teen töitä soitan, laulan tai piirrän kirjoitan päiväkirjaa ajelen autolla	erilaiset toiminnalliset keinot	
syön syön jotain hyvää syön suklaata	syöminen, herkuttelu	mielihyvän tavoittelu, positiivinen ajattelu ja toiminnot
kuuntelen musiikkia kuuntelen piristävää musiikkia musiikki	musiikin kuuntelu	

alan katsoa TV:tä pelaan pelejä tietokone Olen netissä tai pelaan tietokonepelejä	tietokone, pelaaminen, tv	
teen jotain mielekästä yritän ajatella positiivisia asioita ja onnellisuuttani teen sellaisia asioita mistä pidän eniten koitan ajatella positiivisesti	itselle positiivisten ja mielihyvää tuottavien asioiden tekeminen ja ajatteleminen	

*Taulukko 1 Esimerkki ala- ja yläluokkien muodostamisesta*

## 6.5. Tilastolliset menetelmät

Nuorten aikuisten käyttämien ahdistuneisuuden ja masentuneisuuden lievittämiseen tarkoitettujen keinojen yleisyyttä tarkasteltiin frekvenssijakaumien avulla. Ristiintaulukoinnin ja Khiin neliötestin avulla selvitettiin, miten käytetyt keinot eroavat sukupuolen, masentuneisuuden ja avun hakemisen mukaan. Erojen tarkastelussa tilastollisena merkitsevyytasona pidettiin  $p < 0.05$ .

## 7. Tulokset

### 7.1. Tutkimukseen osallistuneet

Tähän tutkimukseen osallistui yhteensä 584 nuorta aikuista, jotka olivat vastanneet kyselyyn verkossa. Heistä naisia oli 42 % (n=245) ja miehiä 58 % (n=339). Vastaajista masentuneita oli 12 % (n=68). Miehistä masentuneita oli 11 % (n=35) ja naisista 14 % (n=33). Vastaajista 15 % (n=81) oli hakenut apua masennuksen tai muun mielenterveyden häiriön vuoksi viimeksi kuluneiden kolmen vuoden aikana. Miehistä apua hakeneita oli 11 % (n=36) ja naisista 19 % (n=45).

Avovastauskysymykseen oli vastannut 349 henkilöä (60 %), joista miehiä oli 50 % (n=176) ja naisia 50 % (n=173). (Taulukko 2)

Taustatiedot	N (584)	%	N (349)	%
<b>Sukupuoli</b>				
nainen	245	47	173	50
mies	339	32	176	50
<b>Masennus</b>				
kyllä	68	12	59	17
ei	516	88	290	83
<b>Avun hakeminen</b>				
kyllä	81	15	71	20
ei	479	85	278	80

*Taulukko 2 Vastaajien taustatiedot*

## 7.2. Käytetyt keinot masentuneisuuden ja ahdistuneisuuden lievittämiseksi

Nuorten aikuisten käyttämiä keinoja lievittää ahdistuneisuutta ja masentuneisuutta olivat: *fyysiset harrastukset ja aktiivinen toiminta, ahdistuneisuuden tai masentuneisuuden torjumiseen tähtäävä toiminta ja ajattelu, mielihyvän tavoittelu, positiivinen ajattelu ja toiminnat, ratkaisukeskeinen ajattelu ja toiminta, puhuminen, keskustelu ja juttelu, sosiaaliset suhteet, nukkuminen, lepo ja rentoutuminen, ikävän tunnetilan aktiivinen tai passiivinen purku ja muut.*

*Fyysiset harrastukset ja aktiivinen toiminta* sisälsivät urheilua, liikuntaa ja ulkoilua. Urheilumuotoina mainittiin esimerkiksi sählyn pelaaminen, juokseminen ja kuntosalilla käyminen. Monista vastauksista oli havaittavissa liikunnan tapahtuvan ulkona (lähden kävelyllä, lenkkeilen koirieni kanssa, lähden lenkille tuulettumaan, ulkoilen, luonnossa oleminen...). Suuri osa maininnoista oli ilmoitettu hyvin yleisellä tasolla kun taas toiset vastaajat olivat kertoneet yksityiskohtaisemmin, mikä urheilu-, liikunta- tai urheilumuoto on kyseessä. *Aktiiviseen toimintaan* puolestaan lukeutui

monipuolinen joukko mainintoja muusta toiminnallisesta aktiviteetista kuin liikunnasta ja urheilusta. Tällaisia toimintoja olivat esimerkiksi siivoaminen, töiden tekeminen, jonkin soittimen soittaminen, laulaminen sekä vastaajan harjoittama oma luova toiminta, kuten piirtäminen, (päiväkirjan) kirjoittaminen ja kutominen.

*Ahdistuneisuuden ja masentuneisuuden torjumiseen tähtäävä toiminta ja ajattelu* sisälsivät sellaisia tekoja ja ajatuksia, jotka tähtäävät jollain lailla ahdistavasta tai masentavasta tilanteesta pois pääsemiseen, pakenemiseen sekä olotilan helpottamiseen. Keinoina mainittiin esimerkiksi muiden asioiden ajattelu ja tekeminen, ikävän asian unohtaminen ja mielestä pois työntäminen, pyrkimys olla ajattelematta ahdistusta aiheuttavaa asiaa ja/tai huomion kiinnittäminen johonkin muuhun asiaan tai tekemiseen, jonkin keskittymistä vaativan toiminnan tekeminen, pyrkimys elää hetkessä ja todellisuudesta pakeneminen. Yhteistä kaikille tähän luokkaan kuuluville vastauksille oli se, että vastaaja mainitsi pyrkimyksenään olevan unohtaa asian tai kohdistaa ajatuksensa johonkin muuhun tai tehdä jotakin, joka veisi pahan olon tunteen pois. Lisäksi vastauksissa oli yleistä, että niistä ei suoraan ilmennyt mitä tekeminen piti sisällään.

*Mielihyvän tavoittelu, positiivinen ajattelu ja toiminnat* sisälsivät sellaisia keinoja, joissa vastaajat suoraan ilmaisivat tekevänsä jotain mukavaa tai ajattelevansa itselleen mieluisia asioita. Monissa vastauksissa mainittiin esimerkiksi sanat ”positiivinen”, ”mielekäs” ”mukava”, ”piristävä” ja ”hyvä”. Lisäksi vastauksissa oli mainintoja elämän positiivisten puolien ajattelusta, nautiskelusta, hemmottelusta ja elämän suurempien ongelmien ajattelemisesta. Tällaisten vastausten lisäksi tähän luokkaan kuului myös esimerkiksi syöminen ja herkuttelu. Monet vastaajista mainitsivat syöminen olevan herkuttelua, kuten suklaan syömistä, tai ruuan olevan ”jotain hyvää”. Lisäksi oli mainintoja mm. ”mättöaterian” syömisestä sekä epäterveellisestä ja/tai liiallisesta syömisestä. Muita vastaajien mainitsemia keinoja olivat esimerkiksi pelien pelaaminen, tv:n ja elokuvien katselu, lukeminen, musiikin kuuntelu, juhliminen, viihteen etsiminen, nautiskelu, itsensä hemmottelu, lemmikkien kanssa oleminen ja shoppailu. Joidenkin vastausten kohdalla luokittelu herätti enemmän pohdintaa, koska niistä ei ollut suoraan pääteltävissä, mitä henkilö toiminnallaan tai teoillaan tavoitteli, esimerkiksi mielihyvää vai tilanteesta pakenemistä. Tällaisia keinoja olivat esimerkiksi ”shoppailen”, ”harrastan” ”masturboin” ja ”lähdän käymään jossain”.

*Ratkaisukeskeinen ajattelu ja toiminta* sisälsivät esimerkiksi ahdistuneisuuteen ja masentuneisuuteen johtaneiden syiden ja taustojen pohdintaa sekä lääkkeiden käyttöä ja



ammattiavun hakemista tai ammattihenkilön, kuten psykologin, kanssa juttelua. Nämä keinot sisälsivät pääasiassa yksilöllisiä ja itsenäisesti toteutettavia toimintoja, jotka tapahtuvat ajattelun, mietiskelyn ja/tai pohdiskelun avulla. Vastauksissa mainittiin muun muassa ahdistavan asian läpikäymistä, käsittelyä ja selvittämistä, tilanteista oppimista, syiden pohtimista ja pyrkimystä muuttaa omia tapojaan, aikataulun laatimista asioiden hoitamiseksi, itsensä tsemppaamista, rentoutumisharjoitusten tekemistä ja asioiden laittamista oikeisiin mittasuhteisiin. Vastauksia yhdistävänä tekijänä oli, että henkilö pyrki jollain lailla käsittelemään ongelmaa tai ahdistavaa asiaa ja/tai löytämään siihen ratkaisun. Tällaiset keinot voidaan nähdä hyödyllisinä, koska niiden tavoitteena mitä luultavimmin on muuttaa omaa toimintaa tai ympäristöä ongelman ratkaisemiseksi.

*Puhuminen, keskustelu ja juttelu* sisälsivät mainintoja, joissa vastaaja oli ilmaissut selkeästi puhuvansa asiasta jonkun kanssa pyrkimyksenään ja tavoitteenaan käsitellä vallitsevaa ongelmaa tai ahdistavaa asiaa purkamalla pahaa oloaan ja tuntemuksiaan jollekin toiselle ihmiselle. Vastauksissa mainittiin vaihtelevasti erilaisia keskustelukumppaneita, kuten esimerkiksi tyttö- tai poikaystävä, ystävä, äiti, vanhemmat, joku, ihmiset, läheiset, kaverit ja puoliso. Lisäksi oli mainintoja jollekin - kuten kotiin, äidille, siskolle, ystäväälle tai kaverille - soittamisesta.

*Sosiaaliset suhteet* pitivät sisällään mainintoja halusta olla tekemisissä muiden ihmisten kanssa ja pyrkimyksestä välttää yksin olemista. Mainintoja oli esimerkiksi ystävien, kavereiden tai perheen seuraan hakeutumisesta, lasten kanssa leikkimisestä ja ulkoilusta, elokuvan katsomisesta jonkun kanssa, ihmisten tapaamisesta, hengailusta sekä yleisesti ottaen sosiaalisista suhteista. Tähän joukkoon kuului mainintoja hyvin samankaltaisista ihmisryhmistä kuin *Puhuminen, keskustelu ja juttelu* -luokassa, mutta erona oli se, että vastaaja ei suoraan maininnut pyrkimyksenään olevan keskustella asiasta jonkun kanssa. Siksi nähtiin tarpeellisena muodostaa näistä kaksi erillistä luokkaa.

*Nukkuminen, lepo ja rentoutuminen* käsittivät sellaiset vastaukset, joihin kuului pääasiassa mainintoja nukkumisesta. Lisäksi oli mainintoja lepäämisestä, rentoutumisesta, rauhoittumisesta, hiljentymisestä, peiton alle käpertymisestä, opintojen sivuun jättämisestä, lomailusta ja loman ottamisesta töistä sekä pyrkimyksestä olla enemmän yksin ja rauhassa. Yhteistä kaikille vastauksille oli vastaajan pyrkimys ottaa rennosti ilman omia aktiivisia tai toiminnallisia keinoja päästä eroon ahdistuksen tai masentuneisuuden tunteesta.

*Ikävän tunnetilan aktiivinen tai passiivinen purku* piti sisällään suurimmaksi osin mainintoja itkemisestä sekä alkoholin ja päihteiden käytöstä. Mainituille keinoille oli yhteistä se, että vastaajan pyrkimyksenä on purkaa ahdistusta jonkin toiminnan avulla joko aktiivisesti tai passiivisesti. Keinoina edellä mainittujen lisäksi kerrottiin esimerkiksi itsensä satuttaminen, pahan olon purkaminen muihin ja valittaminen sekä huutaminen. Lisäksi oli muun muassa seuraavanlaisia mainintoja: ”väkivaltaiset pelit ja aggressiivinen musiikki”, ”raivopäinen musiikki” ja ”soitan kitaraa TÄYSII!”. Suurin osa näistä vastauksista on näin ollen tulkittavissa haitallisiksi tai ainakin suurimmaksi osin hyödyttömiksi.

*Muut* sisälsi sellaisia sekalaisia mainintoja toiminnoista, jotka eivät olleet loogisesti sijoitettavissa mihinkään edellä mainituista luokista. Tällaisia keinoja olivat esimerkiksi ”en tee mitään”, ”rukoilen”, ”pelleilen”, ”en ruokaile” ”olen omissa oloissani” ja ”huokaan erittäin syvään”.

<b>Yläluokka</b>	<b>Alaluokka</b>
fyysiset harrastukset ja aktiivinen toiminta	<ul style="list-style-type: none"> <li>- urheilu, liikunta ja ulkoilu</li> <li>- erilaiset toiminnalliset keinot</li> </ul>
mielihyvän tavoittelu, positiivinen ajattelu ja toiminnot	<ul style="list-style-type: none"> <li>- syöminen ja herkuttelu</li> <li>- musiikin kuuntelu</li> <li>- tietokone, pelaaminen ja tv</li> <li>- itselle positiivisten ja mielihyvää tuottavien asioiden tekeminen ja ajatteleminen</li> </ul>
ratkaisukeskeinen ajattelu ja toiminta	<ul style="list-style-type: none"> <li>- lääkkeet ja ammattiapu</li> <li>- ongelman ratkaiseminen ja syiden pohtiminen</li> </ul>
puhuminen, keskustelu ja juttelu	<ul style="list-style-type: none"> <li>- puhuminen, keskustelu ja juttelu</li> </ul>
sosiaaliset suhteet	<ul style="list-style-type: none"> <li>- sosiaaliset suhteet</li> </ul>
nukkuminen, lepo ja rentoutuminen	<ul style="list-style-type: none"> <li>- nukkuminen</li> <li>- rentoutuminen, lepääminen ja rauhoittuminen</li> </ul>
ikävän tunnetilan aktiivinen tai passiivinen purku	<ul style="list-style-type: none"> <li>- itkeminen</li> <li>- alkoholi ja päihteet</li> </ul>

ahdistuneisuuden tai masentuneisuuden torjumiseen tähtäävä toiminta tai ajattelu	- teot ja ajatukset, joiden avulla paetaan tilannetta tai lievitetään ahdistusta
muut	- muut

*Taulukko 3 Ylä- ja alaluokat*

### 7.3. Vastausten jakautuminen

Kaiken kaikkiaan masentuneisuuden ja ahdistuneisuuden lievittämistä koskevaan kysymykseen oli vastannut 60 % vastaajista (n=349), joista naisia oli 50 % (n=173) ja miehiä 50 % (n=176). Suurin osa vastaajista oli vastannut kaikkiin kolmeen kohtaan listaten kolme eri keinoa. Kaikista vastaajista 69 % (n=240) oli vastannut kaikkiin kolmeen kohtaan, 14 % (n=48) kahteen kohtaan ja 17 % yhteen kohtaan (n=61). Naisista 80 % (n=138) oli kertonut kolme keinoa, 11 % (n=19) kaksi keinoa ja 9 % (n=14) yhden keinoon. Miehistä 59 % (n=104) oli kertonut kolme keinoa, 18 % (n=32) kaksi keinoa ja 21 % (n=37) yhden keinoon. Näin ollen naiset olivat listanneet hieman enemmän keinoja kuin miehet. Kysymyksen muotoilussa ei ohjeistettu laittamaan keinoja tärkeysjärjestykseen, joten tässä tutkimuksessa avokysymyksen vastauksia analysoidaan keskenään yhtä merkityksellisinä.

### 7.4. Käytettyjen keinojen yleisyys

Tulosten mukaan yleisimmät nuorten aikuisten käyttämät keinot olonsa helpottamiseksi ja oireidensa lievittämiseksi liittyivät mielihyvän tavoitteluun sekä positiivisen ajattelun ja toimintojen toteuttamiseen, joita keinoinaan käytti puolet vastaajista (52 %). Vajaa puolet vastaajista (44 %) käytti fyysisiä harrastuksia ja muita aktiivisia toimintoja olonsa helpottamiseksi. Reilu kolmannes vastaajista (38 %) mainitsi puhuvansa, keskustelelevansa tai juttelelevansa pyrkiessään helpottamaan pahaa oloaan. Nukkumiseen, lepäämiseen tai rentoutumiseen tähtääviä toimintoja mainitsi vastauksessaan vajaa kolmannes (27 %). Tunnetilan aktiivista tai

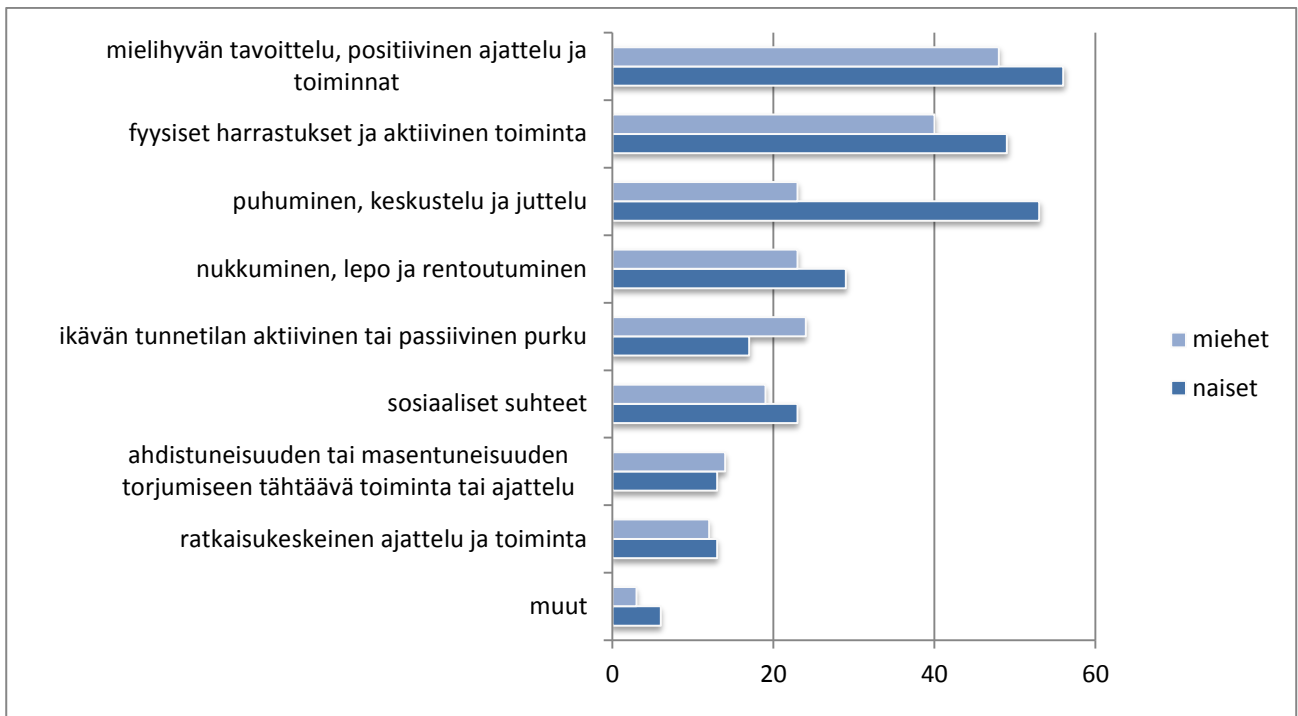
passiivista purkamista ilmoitti käyttävänsä noin viidennes vastaajista (21 %) samoin kuin sosiaalisten suhteiden harjoittamista (21 %). Vähiten käytetyimpiä keinoja olivat ahdistuneisuuden ja masentuneisuuden torjumiseen tähtäävä toiminta tai ajattelu (14 %) sekä ratkaisukeskeisyyteen tähtäävä toiminta tai ajattelu (12 %). Viimeiseen muut -luokkaan sisältyi 5,0 % vastauksista. (Kuva 2).



*Kuva 2 Nuorten aikuisten käyttämät keinot masentuneisuuden ja ahdistuneisuuden lievittämisessä (%)*

### 7.5. Sukupuolen yhteys käytettyihin keinoihin

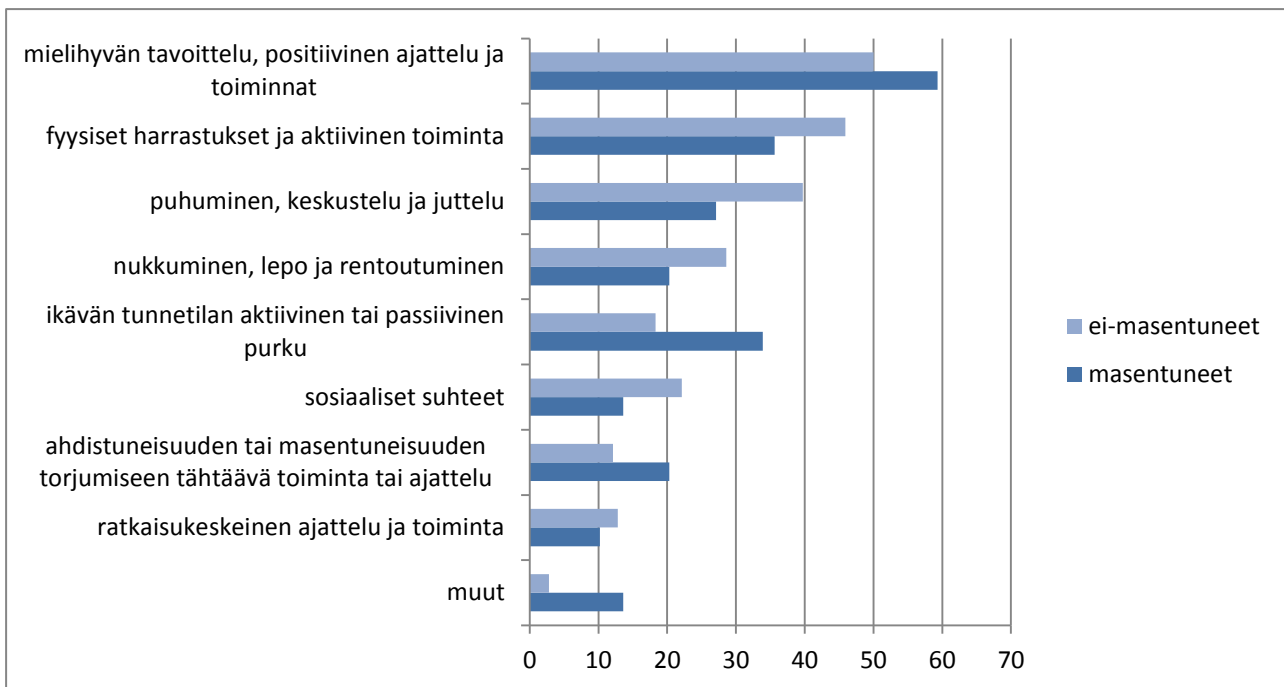
Yli puolet naisista (53 %) ja vajaa neljäsosa miehistä (23 %) kertoi käyttäneensä puhumista, keskustelua ja juttelua keinonaan lievittää ahdistuneisuutta ja masentuneisuutta. Ero naisten ja miesten välillä oli tilastollisesti merkitsevä ( $p=0.000$ ). Sukupuoli ei ollut tilastollisesti merkitsevästi yhteydessä muihin käytettyihin keinoihin. (Kuva 3)



*Kuva 3 Nuorten aikuisten käyttämät keinot masentuneisuuden ja ahdistuneisuuden lievittämisessä sukupuolen mukaan (%)*

## 7.6. Masennuksen yhteys käytettyihin keinoihin

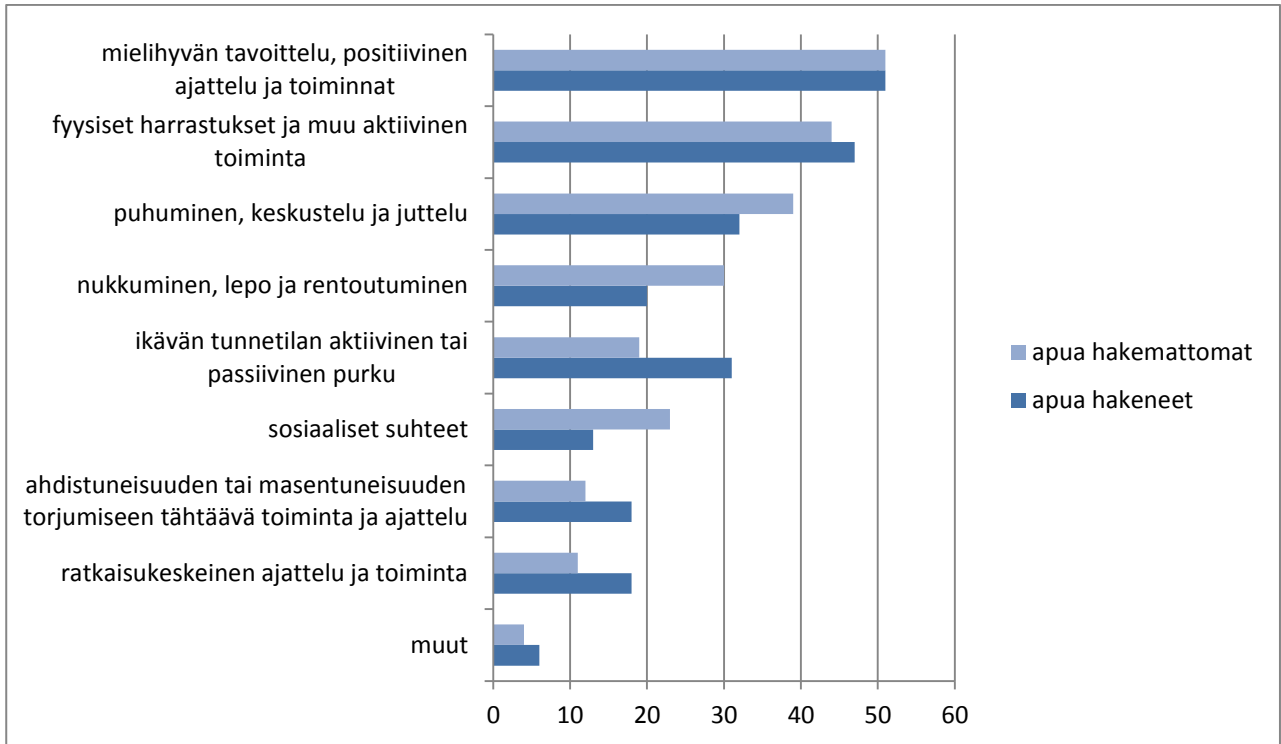
Masentuneista noin kolmannes (34 %) ja muista vastaajista vajaa viidesosa (18 %) ilmoitti käyttävänsä keinona oireidensa lievittämisessä ikävän tunnetilan aktiivista tai passiivista purkamista ( $p=0.007$ ). Muut -luokassa masentuneista 14 % ja muista vastaajista 3 % ilmoitti käyttävänsä tähän luokkaan kuuluvia keinoja ( $p=0.000$ ). Masennus ei ollut tilastollisesti merkitsevästi yhteydessä muihin käytettyihin keinoihin. (Kuva 4)



*Kuva 4 Nuorten aikuisten käyttämät keinot masentuneisuuden ja ahdistuneisuuden lievittämisessä masennuksen mukaan (%)*

### 7.7. Avun hakemisen yhteys käytettyihin keinoihin

Vajaa kolmannes apua hakeneista (30 %) ja noin viidesosa apua hakemattomista (19 %) käytti keinonaan olotilansa helpottamiseksi ikävän tunnetilan aktiivista tai passiivista purkua. Ero näiden ryhmien välillä oli tilastollisesti merkitsevää ( $p=0.022$ ). Avun hakeminen ei ollut tilastollisesti merkitsevästi yhteydessä muihin käytettyihin keinoihin. (Kuva 5)



*Kuva 5 Nuorten aikuisten käyttämät keinot masentuneisuuden ja ahdistuneisuuden lievittämisessä avun hakemisen mukaan (%)*

Käytetyt keinot	Kaikki avokysymykseen vastanneet (n=349) %	Sukupuoli			Masennus			Avun hakeminen		
		Naiset (n=173) %	Miehet (n=176) %	p-arvo	Masentuneet (n=59) %	Ei-masentuneet (n=290) %	p-arvo	Apua hakeneet (n=77) %	Apua hakemattomat (n=272) %	p-arvo
fyysiset harrastukset ja muu aktiivinen toiminta	44	49	40	0.099	36	46	0.148	47	44	0.759
ahdistuneisuuden tai masentuneisuuden torjumiseen tähtäävä toiminta ja ajattelu	14	13	14	0.926	20	12	0.090	18	12	0.182
mielihyvän tavoittelu, positiivinen ajattelu ja toiminnot	52	56	48	0.147	59	50	0.192	51	51	0.951
ratkaisukeskeinen ajattelu ja toiminta	12	13	12	0.823	10	13	0.581	18	11	0.104
puhuminen, keskustelu ja juttelu	38	53	23	<b>0.000</b>	27	40	0.070	32	39	0.342
sosiaaliset suhteet	21	23	19	0.381	14	21	0.141	13	23	0.066
nukkuminen, lepo ja rentoutuminen	27	29	23	0.484	20	29	0.193	20	30	0.096
ikävä tunnetilan aktiivinen tai passiivinen purku	21	17	24	0.103	34	18	<b>0.007</b>	31	19	<b>0.022</b>
muut	5,0	6,0	3,0	0.133	14	3,0	<b>0.000</b>	6,0	4,0	0.568



## 8. Pohdinta

### 8.1. Tulosten arviointia

Mielenterveyden häiriöt aiheuttavat maailmanlaajuisesti suurta haittaa nuorille aikuisille (Patel ym. 2007). Myös koettu oireilu on merkittävä riskitekijä mielenterveyden häiriöiden ilmaantumiselle (Cuijpers & Smit 2004; Balazs ym. 2013). Yksilön onkin havaittu olevan itse paras terveydentilansa arvioija (Huuhka ym. 1996). Tämän tutkimuksen tarkoituksena oli laadullisen aineistolähtöisen sisällönanalyysin avulla selvittää, millaisia selviytymisen tai itsehoidon keinoja ja olotilan helpottamiseen tähtääviä toimintoja nuoret aikuiset käyttävät kokiessaan masentuneisuutta tai ahdistuneisuutta. Tarkastelun kohteena oli myös tilastollisten menetelmien avulla kartoittaa, miten sukupuoli, masennus ja avun hakeminen masennuksen tai muun mielenterveyden häiriön vuoksi ovat yhteydessä näihin keinoihin. Nuorten omin sanoin ilmaiset vastaukset tarjosivat mahdollisuuden saada luotettavaa tietoa heidän näkökulmastaan, koska valmiiksi muotoillut vastausvaihtoehdot eivät välttämättä tarjoaisi sopivaa vaihtoehtoa (Lucock ym. 2011).

Päädyin tällaisen moniparadigmaisen lähestymistavan käyttöön, koska tutkimukseni tarkoituksena oli pyrkiä ymmärtämään nuorten aikuisten käyttämiä keinoja heidän näkökulmastaan. Kyseisestä aiheesta on myös olemassa ennestään vain vähän tutkimusta, joten ilmiötä kuvailevan aineistolähtöisen laadullisen tutkimuksen käyttö menetelmänä tässä tutkimuksessa oli siksi perusteltua. Lisäksi terveydenhuollon ja sen kehittämisen näkökulmasta pyrittäessä ratkaisemaan sen nykyisiä ongelmia sekä erilaisten käytännön ratkaisujen ja toiminnan perustaksi tarvitaan monitieteisiä ja -puolisia tutkimusryhmiä ja tutkimusmetodeja, missä laadullisella terveystutkimuksella on oma keskeinen paikkansa (Kylmä, Vehviläinen-Julkunen & Lähdevirta 2003). Tärkeää on kuitenkin huomata, että tässä tutkimuksessa tarkastelun kohteena oli vastaajan subjektiivinen kokemus sekä oma arvio ja tuntemus olotilastaan, eikä siis välttämättä diagnosoitu masennus tai ahdistuneisuushäiriö. Tilastolliset menetelmät puolestaan mahdollistivat yleistysten tekemisen tuloksista, sekä muuttujien välisten yhteyksien löytämisen ja tarkastelemisen. Terveyden ollessa monimutkainen ilmiö on sitä tutkittava pieni osa kerrallaan, missä apuna on

erilaisten tutkimusmenetelmien ja -tapojen yhdistäminen ja käyttäminen samassa tutkimuksessa, mikä tuo mahdollisuuden tarkastella asioita eri näkökulmista.

Tämän tutkimuksen mukaan nuorten aikuisten yleisimpiä keinoja lievittää masentuneisuutta tai ahdistuneisuutta olivat mielihyvän tavoittelu sekä positiivinen ajattelu ja toiminta, fyysiset harrastukset ja muut toiminnalliset aktiviteetit sekä puhuminen muiden ihmisten kanssa. Tulokset ovat samansuuntaisia aikaisempien tutkimusten kanssa, sillä esimerkiksi Martorell-Poveda ym. (2015) ja Reavley ym. (2011) saivat tutkimuksissaan samankaltaisia tuloksia. Lisäksi on havaittavissa, että keinot ovat pysyneet suunnilleen samana verrattuna parinkymmenen vuoden takaiseen aikaan, jolloin suosittuja keinoja olivat esimerkiksi luonnossa oleminen sekä erilaiset harrastukset ja muut fyysiset toiminnat (Vertio 2003). Tässä tutkimuksessa havaittujen keinojen lisäksi voisi ajatella, että tietokoneen ja muiden laitteiden käytön yleistymisen myötä voisi kuvitella nuorten aikuisten käyttävän enemmän esimerkiksi sosiaalista mediaa apunaan. Esimerkiksi Lin ym. (2016) havaitsivat tutkimuksessaan masennuksella ja sosiaalisen median käytöllä olevan yhteyttä toisiinsa - tosin syy-seuraussuhde kyseisessä tutkimuksessa jäi epäselväksi. Tässä tutkimuksessa mainintoja sosiaalisen median käytöstä ei ollut, mutta tosin ei voida tietää, miten esimerkiksi sosiaalisia suhteita harjoitettiin tai miten asioista puhuminen toteutettiin käytännössä.

Sukupuolen mukaan tarkasteltuna ehkä hieman yllättävä ja myös kiinnostava havainto oli, että nuorten naisten ja miesten tavoissa helpottaa oloaan ei ollut havaittavissa suurta eroa. Nuoret naiset kuitenkin mainitsivat huomattavasti miehiä useammin puhuvansa muiden ihmisten kanssa, kun taas miehet mieluummin yrittivät selviytyä ongelmastaan omin avuin ja pitivät ongelmat omana tietonaan. Tämä havainto saa tukea monissa tutkimuksissa havaitusta yleisestä linjasta, jonka mukaan naiset turvautuvat miehiä useammin sosiaalisiin suhteisiin ja asioista puhumiseen ongelmia kohdatessaan (Baum & Grunberg 1991; Nolen-Hoeksema 1987; Martorell-Poveda ym. 2015).

Tämä tutkimus siis antoi aihetta pohtia, että olisi hyvä välttää liiallista kategorisointia liittyen naisten ja miesten tapoihin toimia masentuneisuutta tai ahdistuneisuutta kokiessaan. Miehiä voitaisiin ehkä kannustaa enemmän keskustelemaan muiden ihmisten kanssa, koska esimerkiksi masennuksen hoito on jo pitkään perustunut puhumiseen. Toisaalta hoitoon hakeutuvia nuoria miehiä varten voisi kehittää myös muita kuin puhumiseen perustuvia keinoja, mikäli puhuminen ei ole heille luontevaa. Esimerkiksi liikunnan positiivisesta vaikutuksesta masennuksen hoidossa on

tehty monia tutkimuksia (Teychenne ym. 2010; Dinas ym. 2011; Babyak ym. 2000). Kyseinen havainto olisi hyvä huomioida myös mielenterveyden häiriön diagnoosia tehtäessä ja/tai potilaan hoitoa suunniteltaessa, jotta kukin voisi käyttää sellaisia mielenterveyden hoitoon ja edistämiseen liittyviä itsehoidon keinoja, jotka hänelle parhaiten sopivat ja joista hän eniten hyötyy.

Masennuksen mukaan tarkasteltuna ikävän tunnetilan aktiiviseen tai passiiviseen purkamiseen liittyvä toiminta, kuten itkeminen, päihteiden ja alkoholin käyttö sekä tilanteesta pakenemiseen tähtäävä toiminta olivat masentuneilla huomattavasti muita vastaajia yleisempiä. Myös muissa tutkimuksissa on havaittu vastaavanlainen ilmiö (Billings ja Moos 1984; Kovacs ym. 2009). Tämä havainto auttaa osaltaan ymmärtämään ja tunnistamaan mahdollisia itsehoitoon liittyviä virheitä ja puutteita, joita masentuneiden keinot sisältävät, mistä Kovacsin ym. (2009) mukaan on olemassa vain vähän tietoa. Ehkä on mahdollista, että masentuneilla ei ole voimia käyttää niin sanottuja hyödyllisiä keinoja. Kehnojen keinojen onkin havaittu viestivän vakavammasta ongelmasta (Kovacs ym. 2009). Näin ollen huomiota tulisi kiinnittää siihen, että masentuneet saisivat neuvoja tehokkaaseen ja oikeanlaiseen masennuksen itsehoitoon.

Avun hakemisen mukaan tarkasteltuna käytettyjen keinojen suhteen oli havaittavissa samanlainen ilmiö kuin masennuksen suhteen tarkasteltuna. Tämä herättää pohtimaan sitä, onko avun hakemisesta ollut hyötyä sitä hakeneille tai ovatko nämä henkilöt ylipäättään saaneet apua? On ehkä myös mahdollista, että apua hakeneet eivät ole saaneet neuvoja itsehoitoon liittyen, vaan esimerkiksi pelkkää lääkehoitoa. Suomen lääketilaston (2014) mukaan masennuslääkkeiden käyttö onkin kasvanut runsaasti aina viime vuosiin asti, mikä osaltaan antaa tukea kyseiselle päätelmälle.

Vertailtaessa tuloksia muiden tutkimusten kanssa on otettava huomioon se, että on olemassa monenlaisia selviytymisen ja selviytymiskeinojen määritelmiä, erilaisia tutkimusmenetelmiä ja mittareita, erilaisia stressin ja ahdistuksen aiheuttajia sekä eri ikäryhmiä ja ikähaarukoita, jolloin eri tutkimusten vertailu näiden asioiden osalta on haastavaa. Siksi tulisi huomioida ne tekijät, jotka saattavat aiheuttaa epäjohdonmukaisuuksia esimerkiksi sukupuolten välisissä eroissa käyttäen erilaisia selviytymiskeinoja. (Shirazi, Khan & Khan 2011.)

## 8.2. Luotettavuus

Lähtökohtana laadullisessa tutkimuksessa on tutkijan avoin subjektiviteetti. Näin ollen luotettavuuden arviointi koskee koko tutkimusprosessia, jolloin pääasiallisena luotettavuuden kriteerinä on tutkija itse. (Eskola & Suoranta 2008, 210.) Tutkimuksen luotettavuutta kohentaa tutkimusprosessin läpinäkyvyys eli tutkijan antama mahdollisimman tarkka ja huolellinen selostus tutkimuksen toteuttamisen eri vaiheista, jolloin lukijan on mahdollista seurata tutkimuksen kulkua sekä arvioida sen luotettavuutta ja uskottavuutta. Tutkimuksen objektiivisuutta puolestaan lisää se, että tutkija ei sekoita omia asenteitaan, uskomuksiaan ja arvostuksiaan tutkimuskohteeseen. (Hirsjärvi ym. 2007, 227.) Näitä lähtökohtia pyrin myös omassa tutkimuksessani toteuttamaan.

Tässä tutkimuksessa luotettavuutta arvioitaessa on huomioitava se, että ei voida olla varmoja, kuinka tutkittavat ovat suhtautuneet tutkimukseen, miten he ovat tutkimuskysymykset ymmärtäneet ja tulkinneet sekä kuinka rehellisesti he ovat niihin vastanneet. Vastausvaihtoehdot kyselylomakkeessa olivat kuitenkin hyvin yksiselitteisiä (kyllä/ei), mikä teki vastaamisen helpoksi. Avovastausten kohdalla ei kuitenkaan voida tietää, oliko vastaukset listattu tärkeysjärjestyksessä vai pitivätkö vastaajat kaikkia keinoja keskenään samanarvoisina.

Yhtenä mahdollisuutena tässä tutkimuksessa olisi ollut käyttää analyysimenetelmänä haastattelua, joka olisi tarjonnut syvällisempää ymmärrystä nuorten aikuisten käyttämistä keinoista. Tällä tavalla olisi luultavasti saatu yksityiskohtaisempaa, kattavampaa ja helpommin tulkittavaa informaatiota tutkittavasta asiasta. Koska avokysymysten vastaukset olivat pääosin hyvin lyhyitä, niistä ei aina voinut päätellä, mitä vastaaja tarkalleen tarkoitti tai mihin hän toiminnallaan tai ajatuksillaan pyrki. Toisaalta haastattelussa, ja mahdollisesti myös kyselyssä, aihepiirin arkaluonteisuus saattaa asettaa kyseenalaiseksi vastausten rehellisyyden, joka oletettavasti toteutuu kyselyyn vastaamalla paremmin kuin kasvotusten tapahtuvassa vuorovaikutuksessa haastattelijan kanssa.

Luokkien muodostamisen osalta tutkimuksen luotettavuutta kohentaa se, että jaottelu eri luokkiin tehtiin samanaikaisesti naisille ja miehille ilman, että olisi jaoteltu kummankin sukupuolen käyttämät keinot erikseen. Näin tutkijan omat ennako-oletukset ja -odotukset eivät vaikuta saatuihin tuloksiin. Miehiä ja naisia oli vastaajissa lähes saman verran, mikä tekee tuloksista paremmin todellisuutta kuvaavia. Luokittelun mahdollisuuksia on kuitenkin olemassa monia, joten toisenlaisia luokkia muodostamalla tulokset olisivat saattaneet olla erilaisia. Esimerkiksi

ratkaisukeskeisyyden määrittelystä voidaan olla montaa eri mieltä. Näin ollen tämän tutkimuksen avulla oli mahdollista saada vain yksi näkökulma tutkittavasta asiasta, sillä luokittelu on aina osaltaan subjektiivista toimintaa.

Posti- ja verkkokyselyn käyttöä aineistonkeruumenetelmänä voidaan pitää toimivana aineiston keräämisen nopeuden ja vavattomuuden vuoksi. Toisaalta ongelmana saattaa olla kadon muodostuminen suureksi (Hirsjärvi ym. 2007, 191). Erityisesti mielenterveyttä koskevissa kysymyksissä vastausprosenttia voi pienentää se, että vastaajat saattavat kokea mielenterveyden ongelmat häpeällisinä. Toisaalta ne, joilla ei ole mielenterveyden ongelmia, voivat ajatella että kysymykset eivät koske heitä, jolloin he voivat jättää vastaamatta näihin kysymyksiin (Fröjd, Kaltiala-Heino & Marttunen 2006).

Kato nuorten aikuisten terveydentilaa kartoitettaessa on myös yleisesti ottaen ollut suurta koskien varsinkin 15–24-vuotiaita. Etenkin miesten on havaittu vastanneen kyselyihin naisia haluttomammin. (Huurre, Rahkonen & Aro 2003.) Tässä tutkimuksessa katoprosentti toisella seurantakerroksella oli melko suuri, mutta koska kyseessä ei ole seurantatutkimus, sillä ei ole suurta merkitystä tutkimuksen luotettavuuden kannalta. Tämän tutkimuksen aineistoa voidaan pitää kooltaan melko edustavana tutkittavien suuren määrän vuoksi. Aineisto oli myös vastaajien suhteen melko homogeeninen esimerkiksi iän ja asuinpaikan suhteen. Toisaalta avokysymykseen vastanneita oli huomattavasti vähemmän kuin koko kyselyyn vastanneita. Kiinnostavaa olisikin tietää, ketkä jättivät vastaamatta avokysymykseen, eli kuinka paljon heidän joukossaan oli esimerkiksi masentuneita ja apua hakeneita. Naisia ja miehiä vastanneissa oli lähes saman verran, mikä parantaa tulosten luotettavuutta. Naiset kuitenkin olivat listanneet enemmän keinoja kuin miehet, mikä saattaa vaikuttaa tuloksiin. Masentuneita ja apua hakeneita aineistossa oli suhteellisen vähän, mikä myös saattaa osaltaan vääristää tuloksia.

Tarkastelen tuloksia vielä Lincolnin ja Gubanin (1985) neljän luotettavuuden arviointiin käytettävän elementin mukaan. Tutkimuksen *uskottavuus* (credibility) tarkoittaa sitä, vastaako tutkijan tulkinta todellisuutta eli tutkittavien omia käsityksiä, sekä miten tämä vastaavuus voidaan todentaa. Olen pyrkinyt kuvaamaan tutkimustuloksiani johdonmukaisesti ja mahdollisimman läpinäkyvästi esimerkiksi selostamalla tarkasti analyysin eri vaiheet sekä antamalla esimerkkejä siitä, miten eri luokat muodostettiin. Lisäksi samankaltaiset aikaisemmat tutkimustulokset aihepiiriin liittyen vahvistavat ainakin osaltaan tulosten uskottavuutta. Aikaisemmissa

tutkimuksissa oli mukana sekä vanhoja että uusia tutkimuksia eri puolilta maailmaa, jolloin voidaan pohtia, onko tutkimuksen toteuttamisen ajankohdalla ja kontekstilla vaikutusta tutkimuksen tuloksiin.

Tulosten *siirrettävyydellä* (transferability) tai *sovellettavuudella* pyritään perustelamaan, kuinka hyvin tulokset ovat siirrettävissä muuhun suunnilleen samanlaiseen tutkimuskohteeseen tai -tilanteeseen. Siirrettävyyttä tässä tutkimuksessa lisää se, että olen kuvannut tutkimusaineistoni, aineiston keruun sekä analyysin kulun eri vaiheet mahdollisimman tarkasti, mikä auttaa arvioimaan missä määrin tulokset ovat yleistettävissä myös toiseen kontekstiin.

*Varmuus* eli *pysyvyys* (dependability) tarkoittaa sitä, että on mahdollisuuksien mukaan otettava huomioon tutkimukseen ennustamattomasti vaikuttavat ennakkoehdot eli toisin sanoen arvioitava, kuinka varmasti ja todennäköisesti tulokset olisivat samat, mikäli tutkimus toistettaisiin samoille tai samanlaisille henkilöille samassa tai samanlaisessa tilanteessa. Ottaen huomioon sen, että laadullisen tutkimuksen aineisto koostuu aina yksilöiden ainutkertaisista kokemuksista, ei tutkimusta koskaan voida täysin samanlaisena toistaa. Keskeistä näin ollen on se, että itse tutkimusprosessi ja siinä tehdyt ratkaisut ovat seurattavissa, nähtävillä ja toistettavissa, mihin omassa tutkimuksessanikin pyrin.

*Vahvistettavuudessa* (confirmability) korostuu tulosten merkityksellisyys ja yhteys tutkittavaan ilmiöön. Lisäksi tarkastelun kohteena on se, vastaako aineistosta ja tutkimuskohteesta tehdyt tulkinnat todellisuutta, eli missä määrin tutkija on onnistunut tavoittamaan tutkittavien omakohtaiset kokemukset ja niihin liittyvät merkitykset. Kuten aiemmin mainitsin, tutkittavien vastaukset olivat pääosin hyvin lyhyitä, joten tulosten tulkinta ei tuottanut suurempia vaikeuksia lukuun ottamatta muutamia monitulkintaisia vastauksia. Näin ollen tulkintojen voidaan ajatella olevan luotettavia, jolloin vahvistettavuus tässä tutkimuksessa toteutuu melko hyvin. Lisäksi vahvistettavuutta lisää se, että tutkimuksen tulokset saavat tukea myös toisten tutkimusten tuloksista. Myös se, että toinen tutkija tulkitsi aluksi aineistoa itsenäisesti, minkä jälkeen ristiriidat tulkinnossa ratkaistiin yhteisellä keskustelulla, lisää vahvistettavuutta.

Tilastollisen osuuden luotettavuutta tässä tutkimuksessa voidaan pitää suhteellisen hyvänä, koska käytetyt menetelmät olivat melko yksinkertaisia. Mahdolliset mittausvirheet niissä seikoissa, joiden suhteen itsehoitokeinoja tarkasteltiin, saattavat kuitenkin heikentää luotettavuutta. R-BDI on todettu validiksi mittariksi, vaikkei sen perusteella voi varsinaista diagnoosia asettaakaan.

Sukupuoli on tarkastettu henkilötunnuksesta, eli se ei ole itse ilmoitettu. Hoitoon hakeutumisen ilmoittamisen luotettavuudesta puolestaan ei voida olla varmoja, koska tieto siitä perustui tutkittavien omaan vastaukseen eikä rekisteritietoon, jota ei tietosuojasyistä ollut mahdollista saada. Tilastollisten menetelmien käytössä on myös aina olemassa satunnaisvirheiden mahdollisuus, jotka kuitenkin tuskin muuttavat tutkimuksen tuloksia oleellisesti.

### 8.3. Eettisyys

Nuorten mielenterveys -kohorttitutkimus on saanut puoltavat lausunnot Tampereen Yliopistollisen sairaalan eettiseltä toimikunnalta sekä Tampereen kaupungin tutkimuslupatoimikunnalta. Pirkanmaan sairaanhoitopiirin eettisen toimikunnan puoltavan lausunnon diaarinumero on 10/2001 ja tutkimusaikaa pidentävän puoltavan lausunnon diaarinumero 4/2012.

Eettisesti hyvän tutkimuksen edellytyksenä ja lähtökohtana on, että tutkimuksenteossa noudatetaan hyvää tieteellistä käytäntöä (Hirsjärvi ym. 2007, 23). Tutkimuseettinen neuvottelukunta on laatinut ihmistieteisiin luettavaa tutkimusta koskevat eettiset periaatteet, jotka voidaan jakaa kolmeen eri osa-alueeseen: tutkittavien itsemääräämisoikeuden kunnioittaminen, vahingoittamisen välttäminen sekä yksityisyys ja tietosuoja.

Tässä tutkimuksessa vastaajien itsemääräämisoikeus toteutui hyvin, koska osallistuminen tutkimukseen oli vapaaehtoista perustuen myös riittävään tietoon, koska kyselylomakkeessa oli tutkijoiden yhteystiedot, riittävä esittely tutkimuksen aiheesta ja aineistonkeruun toteuttamisesta sekä kerättävän aineiston käyttötarkoituksesta, säilytyksestä ja jatkokäytöstä. Lisäksi mainittiin, että tutkimuksesta kieltäytyminen ei vaikuta vastaajan opiskeluun, työhön tai mahdollisuuksiin käyttää terveyspalveluja. Myös mahdollinen tutkittavien vahingoittamisen riski tässä tutkimuksessa on pieni, koska kyseessä oleva interventio on enemmän positiivinen. Yksityisyys ja tietosuoja toteutuivat myös hyvin, sillä lomakevastaukset yhdistettiin digitaalisesti rekisteritietoihin, minkä jälkeen poistettiin vastaajan mahdollista tunnistamista koskevat tiedot. Tutkijat siis käsittelivät vain tiedostoa, josta tunnistetiedot oli poistettu. Lisäksi tutkimustulokset raportoitiin tilastollisina tunnuslukuina, mikä takaa vastaajien anonymiteetin eli

tunnistamattomuuden. Lisäksi tämän tutkimuksen valmistuttua tutkimuksen tekijä hävittää aineiston kaikilta tietokoneilta, joissa sitä on säilytetty ja kaikista muista sen säilytyspaikoista.

#### 8.4. Johtopäätöksiä

Nuorten aikuisten omien keinojen käyttöä olisi hyvä pyrkiä ymmärtämään heidän käsitellessään ahdistunutta tai masentunutta mielialaansa jokapäiväisessä elämässään ilman ammattiapua, koska tällöin heitä voitaisiin auttaa tehokkaammin selviytymään niistä fyysisistä, psyykkisistä ja sosiaalisista muutoksista, jotka ovat tyypillisiä nuoruuden ja varhaisaikuisuuden ikävaiheissa. Samalla voitaisiin mahdollisesti ehkäistä mielenterveyteen liittyvien oireiden pahenemista ja varsinaisen diagnosoidun masennuksen tai ahdistuneisuushäiriön kehittymistä. (Cairns ym. 2014.) Koska esimerkiksi Vertion (2003) mukaan ihmisten on todettu hoitavan suurimman osan terveyteensä liittyvistä vaivoista ja ongelmista itse, olisi myös hyvä varmistua siitä, että käytetyt keinot olisivat hyödyllisiä ja tehokkaita. Tämän tutkimuksen perusteella erityisesti mielenterveyden häiriöstä kärsivien käyttämien itsehoidon keinoihin olisi hyvä kiinnittää enemmän huomiota. Tämä saa tukea masentuneiden osalta myös aikaisemmista tutkimuksista (Nolen-Hoeksema ym. 2008; Kovacs ym. 2009).

Tämän tutkimuksen tulosten mukaan sosiaaliset suhteet ja varsinkin asioista keskusteleminen muiden kanssa ovat nuorille aikuisille tärkeitä erityisesti heidän kokiessaan masentuneisuutta ja ahdistuneisuutta. Näin ollen voisi siis olla erityisen hyödyllistä kiinnittää huomiota siihen, että nuorilla olisi mahdollisuus puhua ongelmia aiheuttavista asioista muiden kanssa ja että heillä olisi lähipiirissään luotettavia ihmisiä, joiden kanssa jakaa kokemuksiaan ja tunteuksiaan.

Nuorten ja nuorten aikuisten mielenterveyden häiriöihin olisi hyvä puuttua jo siinä vaiheessa, kun oireilu on epämääräistä, eikä vielä täytä minkään häiriön diagnostisia kriteereitä (Fröjd, Marttunen & Kaltiala-Heino 2012). Tällöin oireilevat henkilöt saisivat ajoissa apua, jolloin myös saataisiin säästöjä julkisissa resursseissa, kun ongelmat eivät ehtisi kehittyä vakaviksi. Tästä tutkimuksesta saatu tieto auttaa ymmärtämään, miten nuoret aikuiset menettelevät oirehtiessaan, vaikka heillä ei vielä olisi varsinaista masennusta tai muuta mielenterveyden häiriötä.



Tämän tutkimuksen kohteena olevat nuoret aikuiset ovat hyvin erilaisissa elämätilanteissa, sillä osa opiskelee, osa on työelämässä ja osa syystä tai toisesta edellä mainittujen ulkopuolella. Lim, Tam ja Lee (2013) havaitsivat yliopistossa opiskelevia nuoria tutkiessaan nuorten kokevan elämässään lukuisia stressitekijöitä, joita aiheuttavat esimerkiksi tehtävien palautusten takarajat, tavoitteiden saavuttamiseen liittyvät odotukset ja uusi asuinympäristö. Näin ollen olisi hyvä havahduttaa nuorten aikuisten parissa toimivat ihmiset, kuten vanhemmat, opettajat ja terveydenhuollon ammattilaiset, tarjoamaan näille nuorille rakentavia strategioita ja toimintasuunnitelmia, jotka vastaavat nuorten tarpeisiin. Lisäksi olisi tarpeen luoda sellainen ympäristö ja toimintatavat, jotka auttavat vahvistamaan nuorten aikuisten selviytymiskeinoja ahdistusta ja stressiä aiheuttavissa tilanteissa. Esimerkkeinä tällaisista toimista opiskeluympäristössä ovat ajanhallintaan liittyvät kurssit, neuvontapalvelut ja lukujärjestykseen sisältyvät terveyttä edistävät aktiviteetit, jotka voitaisiin sisällyttää erilaisten opiskelutahojen yhteyteen. Olisi myös hyvä tarjota opiskelijoille mahdollisuus tarpeen tullen jutella jonkun kanssa helpottaakseen oloaan esimerkiksi ongelmia kohdatessaan. (Lim ym. 2013.)

Työssä olevien henkilöiden kannalta puolestaan olisi tärkeää, että heillä vähintäänkin olisi käytössään kattava työterveyshuolto, jonka puoleen kääntyä mielenterveyteen liittyvissä ongelmissa. Oman haastavan ryhmänsä muodostavat ne nuoret aikuiset, jotka syystä tai toisesta ovat, usein tahtomattaan, opiskelun tai työelämän ulkopuolella, koska juuri heillä mielenterveyden häiriöt ovat usein muuta väestöä yleisempiä (Morrell, Taylor, Quine, Kerr & Western 1994; Larja, Törmäkangas, Merikukka, Ristikari, Gissler & Paananen 2016). Kyseisen ryhmän kohdalla keskeistä olisi pohtia, miten parantaa heidän avunsaantimahdollisuuksiaan mielenterveyteen liittyvissä ongelmissa.

Ihmisen kokema ahdinko on hyvin subjektiivista riippuen hänen selviytymis- ja kestämisryöstään (Lazarus & Folkman 1984, 159–165). Nuorten aikuisten omat keinot helpottaa ahdistunutta ja masentunutta mielialaa sekä käsitellä masennusta ja ahdistusta on tärkeä huomioida yhtenä vaihtoehtona näiden ongelmien hallitsemisessa ja hoitamisessa (Martorell-Poveda ym. 2015). Olisi myös hyödyllistä kehitellä sellaisia selviytymiseen tähtääviä toimintoja ja itsehoidon keinoja, jotka sopivat ihmisten henkilökohtaisiin ominaisuuksiin, tarpeisiin ja mieltymyksiin (Heiman 2004; Biddle ym. 2004). Huomioimalla esimerkiksi nuorten aikuisten ikä, sukupuoli, työtilanne ja heidän käsityksensä stressistä ja ahdistusta tai masentuneisuutta aiheuttavista tekijöistä olisi mahdollista

paremmin tukea heidän senhetkisiä kykyjään, osaamistaan sekä menestymistään myös tulevaisuudessa (Heiman 2004). Esimerkiksi nuorten miesten ja naisten erot käsitellä masentuneisuutta ja ahdistuneisuutta olisi hyvä huomioida mielenterveyden edistämiseen liittyvissä toimituksissa huomioimalla miesten taipumus pitää ongelmat mieluummin omana tietonaan (Martínez-Hernández, DiGiacomo, Carceller-Maicas, Correa-Urquiza & Martorell-Poveda 2014). Lisäksi olisi tärkeää kannustaa nuoria käyttämään entistä enemmän terveydelle edullisia itsehoidon ja selviytymisen keinoja sekä pyrkiä välttämään terveydelle haitallisia keinoja, kuten päihteiden käyttöä ja ongelman kieltämistä tai välttelemistä.

Mielenterveyden häiriöiden rajallisten hoitomahdollisuuksien, nuorena alkaneen masennuksen huonon ennusteen ja suuren kuormittavuuden vuoksi masennuksen ehkäisy tai ainakin sen alkamisen viivyttäminen on hyvin tärkeää (Thapar ym. 2010). Julkisten resurssien niukkuuden vuoksi korostuu myös ihmisen oma vastuu ja huolehtiminen terveydestään ja hyvinvoinnistaan muuttuvassa terveydenhuoltojärjestelmässämme yhä enemmän. Itsehoidon on todettu olevan kustannustehokas vaihtoehto terveydenhuollon tarjoamien palveluiden käytölle, joten Suomessa tulisivatkin ennakkoluulottomasti tutkia ja pohtia erilaisia vaihtoehtoja terveydenhuoltojärjestelmän tehostamiseksi itsehoidon avulla sen käyttöä lisäämällä ja tehostamalla. (Lääketeollisuus 2014.)

## 8.5. Jatkotutkimusaiheita

Jatkossa voisi olla hyödyllistä tutkia nuorten aikuisten keinoja lievittää ahdistuneisuutta ja masentuneisuutta myös haastattelun keinoin, mikä tarjoaisi kyseisestä aiheesta syvempää ymmärrystä helpottaen näin myös vastausten tulkittavuutta ja lisäten tulosten luotettavuutta mahdollisten väärinymmärrysten ja -tulkintojen vähenemisen vuoksi. Kyseinen kysymys olisi hyvä sisällyttää lomakkeeseen myös jatkossa, mikä mahdollistaisi pitkittäistutkimuksen tekemisen samasta aiheesta. Näin siksi, että koska kyseistä kysymystä ei ole kohorttiin kuuluvilta nuorilta kysytty aikaisemmin, olisi hyödyllistä tutkia sitä, millaisia muutoksia nuorten vastauksissa mahdollisesti on havaittavissa. Näin voitaisiin pohtia, mikä näitä muutoksia on voinut saada aikaan. Voisi olla hyödyllistä tutkia myös sitä, kuinka hyödyllisiksi nuoret aikuiset kokevat erilaisten keinojen käytön. Koska tässä tutkimuksessa ei selvitetty käytettyjen keinojen ja masennuksen välistä syy-seuraussuhdetta, tällaisen tutkimuksen toteuttaminen voisi olla hyödyllinen.

Kaiken kaikkiaan etenkin suomalaista tutkimusta kyseisestä aiheesta on olemassa melko vähän, joten aihetta olisi hyvä tutkia enemmän ja useammasta näkökulmasta. Myös tiedon päivittäminen tulevaisuudessa olosuhteiden ja yhteiskunnan muuttuessa olisi hyödyllistä. Vastaavanlaista tutkimusta olisi hyvä tehdä myös esimerkiksi nuoremmille ihmisille, koska moni masennusoireyhtymä alkaa nuoruusiässä ja suurin osa tapauksista on havaittavissa ennen aikuisikää (Pylkkänen 2013). Lisäksi aihetta voisi jatkossa tutkia myös muiden taustatekijöiden, kuten koulutuksen, ammattiaseman tai asumismuodon suhteen.

## Lähteet

Aalberg, V. & Siimes, M. 2007. Lapsesta aikuiseksi, nuoren kypsyminen naiseksi tai mieheksi. Helsinki: Nemo.

Aalto-Setälä, T. 2002. Depressive Disorders among Young Adults. Publications of the National Public Health Institute. Helsinki: Hakapaino.  
<https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/78464/a22.pdf?sequence=1>.

Aalto-Setälä, T. & Marttunen, M. 2007. Nuoren psyykinen oireilu -häiriö vai normaalia kehitystä? Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim 123 (2): 207–213. Viitattu 1.12.2015.  
[http://www.duodecimlehti.fi/web/guest/uusinumero?p\\_p\\_id=Article\\_WAR\\_DL6\\_Articleportlet&\\_Article\\_WAR\\_DL6\\_Articleportlet\\_viewType=viewArticle&\\_Article\\_WAR\\_DL6\\_Articleportlet\\_tunnus=duo96233](http://www.duodecimlehti.fi/web/guest/uusinumero?p_p_id=Article_WAR_DL6_Articleportlet&_Article_WAR_DL6_Articleportlet_viewType=viewArticle&_Article_WAR_DL6_Articleportlet_tunnus=duo96233).

Arnett, J. 2010. Adolescence and Emerging Adulthood: A Cultural Approach. 4th Edition. Pearson.

Arnou, B., Spangler, D., Klein D. & Burns, D. 2004. Rumination and distraction among chronic depressives in treatment: a structural equation analysis. Cognitive Therapy and Research 28: 67–83.

Ayalon, O. 1996. Selviydyn! Yhteisön tuki ja selviytyminen. Jyväskylä: Gummerus.

Babyak, M., Blumenthal, J., Herman, S., Khatri, P., Doraiswamy, M., Moore, K., Craighead, W., Baldewicz, T. & Krishnan, K. 2000. Exercise treatment for major depression: maintenance of therapeutic benefit at 10 months. Psychosomatic Medicine 62 (5):633–638.

Balazs, J. ym. 2013. Adolescent subthreshold-depression and anxiety: psychopathology, functional impairment and increased suicide risk. The Journal of Child Psychology and Psychiatry 54 (6): 670–677.

Baum, A. & Grunberg, N. 1991. Gender, Stress, and Health. HEALTH PSYCHOLOGY 70 (2): 80–85.

- Bhatia, S. & Bhatia, S. 1999. Depression in Women: Diagnostic and Treatment Considerations. *American Family Physician* 60 (1): 225–234.
- Biddle, L., Gunnell, D., Sharp, D. & Donovan, J. 2004. Factors influencing help seeking in mentally distressed young adults: a cross-sectional survey. *British Journal of General Practice* 54: 248–253.
- Billings, A. & Moos, R. 1984. Coping, Stress and Social Resources Among Adults With Unipolar Depression. *Journal of Personality and Social Psychology* 46 (4): 877–891.
- Branney, P. & White, A. 2008. Big boys don't cry: depression and men. *Advances in Psychiatric Treatment* 14: 256–262.
- Byrne, B. 2000. Relationships between anxiety, fear, self-esteem, and coping strategies in adolescence. *Adolescence* 35: 201–215.
- Cairns, K., Yap, M. & Pilkington, P. 2014. Risk and protective factors for depression that adolescents can modify: a systematic review and meta-analysis of longitudinal studies. *Journal of Affective Disorders* 169: 61–75.
- Cornally, N. & McCarthy, G. 2011. Help-seeking behaviour: A concept analysis. *International Journal of Nursing Practice* 17: 280–288.
- Depressio. Käypä hoito -suositus. 2016. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Psykiatriyhdistys ry:n asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/suositus?id=hoi50023#T4>. Viitattu 18.3.2016.
- Dinas, P., Koutedakis, Y. & Flouris, A. 2011. Effects of exercise and physical activity on depression. *Irish Journal of Medical Science* 2: 319–325.
- D'Avanzo, B., Barbato, A., Erzegovesi, S., Lampertico, L., Rapisarda, F. & Valsecchi, L. 2012. Formal and Informal Help-Seeking for Mental Health Problems. A Survey of Preferences of Italian Students. *Clinical Practice & Epidemiology in Mental Health* 8: 47–51.
- Eskola, J. & Suoranta, J. 2008. Johdatus laadulliseen tutkimukseen. 8. painos. Jyväskylä: Gummerus.
- Fröjd, S., Kaltiala-Heino, R. & Marttunen, M. 2006. 9-LUOKKALAISTEN MIELENTERVEYS TAMPEREELLA JA VANTAALLA, KAKSIVUOTISSEURANTA. Pirkanmaan sairaanhoitopiirin julkaisu 6-9/2006.
- Fröjd, S., Marttunen, M. & Kaltiala-Heino, R. 2012. Nuorten aikuisten asunnottomuutta ennustavat tekijät peruskoulun viimeisellä luokalla. *SOSIAALILÄÄKETIETEELLINEN AIKAKAUSLEHTI* 49: 232–246.
- Gonzalez, J., Alegría, M., Prihoda, T., Copeland, L. & Zeber, J. 2004. Examination of the Salutogenic Model, Support Resources, Coping Style, and Stressors Among Israeli University Students. *The Journal of Psychology* 138 (6): 505–520.
- Hampel, P. & Petermann, F. 2005. Age and gender effects on coping in children and adolescents. *Journal of Youth and Adolescence* 34: 73–83.

- Heiman, T. 2004. Examination of the Salutogenic Model, Support Resources, Coping Style, and Stressors Among Israeli University Students. *The Journal of Psychology* 138 (6): 505–520.
- Hengartner, M., Angst, F., Ajdacic-Gross, V., Rössler, W. & Angst, J. Treated versus non-treated subjects with depression from a 30-year cohort study: prevalence and clinical covariates. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience* 266 (2): 173–18.
- Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2007. Tutki ja kirjoita. 13. painos. Helsinki: Tammi.
- Huttunen, M. 2009. Uskalla olla oma itsesi – masentuneenakin. [http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p\\_artikkeli=onn00113](http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=onn00113). Viitattu 2.10.2015. Lääkärikirja Duodecim. Duodecim 7.1.2009.
- Huuhka, M., Lahelma, E., Manderbacka, K., Mattila, V., Karisto, A. & Rahkonen, O. 1996. Terveystila ja sosiaalinen murros. Vuosien 1986 ja 1994 elinolotutkimukset. Tilastokeskus, Elinolot 1996:2, Helsinki.
- Huurre, T., Rahkonen, O. & Aro, H. 2003. Terveystilan ja terveyskäyttämisen sosioekonomiset erot nuoruudesta aikuisuuteen. *Sosiaalilääketieteellinen Aikakauslehti* 40: 154–162.
- Hänninen, V. & Aro, H. 1996. SEX DIFFERENCES IN COPING AND DEPRESSION AMONG YOUNG ADULTS. *Social Science & Medicine* 43 (10): 1453–1460.
- Isokorpi, T. & Viitanen, P. Tunnevoimaa! 2001. Tampere: Tammi.
- Isometsä, E. 2014a. Depression ja masennuksen käsitteet. Teoksessa Lönnqvist J, Heikkinen M, Henriksson M, Marttunen M, Partonen T (toim.) *Psykiatria*. Helsinki: Duodecim.
- Isometsä, E. 2014b. Mitä ahdistuneisuus on? Teoksessa Lönnqvist J, Heikkinen M, Henriksson M, Marttunen M, Partonen T (toim.) *Psykiatria*. Helsinki: Duodecim.
- Jorm, A., Medway, J., Christensen, H., Korten, A., Jacomb, P., & Rodgers, B. 2000. Public beliefs about the helpfulness of interventions for depression: Effects on actions taken when experiencing anxiety and depression symptoms. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry* 34: 619–626.
- Jorm, A. 2011. Mental Health Literacy: Empowering the Community to Take Action for Better Mental Health. *American Psychologist* 67 (3): 231–243.
- Kaltiala-Heino, R., Welling, J. & Fröjd, S. 2014. Tamperealaisten 9.-luokkalaisten mielenterveys lukuvuosina 2002–3 ja 2012–13.
- Karlsson, L., Pelkonen, M., Ruuttu, T., Kiviruusu, O., Heilä, H., Holli, M., Kettunen, K., Tuisku, V., Tuulio-Henriksson, A., Törrönen, J. & Marttunen, M. 2006. Current comorbidity among consecutive adolescent psychiatric outpatients with DSM-IV mood disorders. *European Child & Adolescent Psychiatry* 15: 220–31.

- Kelly, M., Tyrka, M., Price, L. & Carpenter, L. 2008. SEX DIFFERENCES IN THE USE OF COPING STRATEGIES: PREDICTORS OF ANXIETY AND DEPRESSIVE SYMPTOMS. *Depress Anxiety* 25 (10): 839–846.
- Kessler, R., Avenevoli, S. & Merikangas, K. 2001. Mood disorders in children and adolescents: an epidemiologic perspective. *Biological Psychiatry* 49 (12): 1002–1014.
- Koskinen, M. 2014. Masennus. YTHS. Viitattu 2.11.2015. [http://www.yths.fi/terveystieto\\_ja\\_tutkimus/terveystietopankki/125/masennus](http://www.yths.fi/terveystieto_ja_tutkimus/terveystietopankki/125/masennus).
- Kovacs, M., Rottenberg, J. & George, C. 2009. Maladaptive mood repair responses distinguish young adults with early-onset depressive disorders and predict future depression outcomes. *Psychological Medicine* 39: 1841–1854.
- Kuehner, C. & Weber, I. 1999. Responses to depression in unipolar depressed patients: an investigation of Nolen-Hoeksema's response styles theory. *Psychological Medicine* 29: 1323–1333.
- Kunttu, K. & Pesonen, T. 2012. Korkeakouluopiskelijoiden terveystutkimus. Helsinki: Ylioppilaiden terveydenhoitosäätiö. Viitattu 11.11.2015. [http://www.yths.fi/filebank/1864-KOTT\\_2012\\_verkkoon.pdf](http://www.yths.fi/filebank/1864-KOTT_2012_verkkoon.pdf).
- Kylmä, J., Vehviläinen-Julkunen, K. & Lähdevirta, J. 2003. Laadullinen terveystutkimus - mitä, miten ja miksi? *Duodecim* 119: 609–15.
- Larja, L., Törmäkangas, L., Merikukka, M., Ristikari, T., Gissler, M. & Paananen, R. NEET-indikaattori kuvaa nuorten syrjäytymistä. *Tieto & Trendit* 2/2016, Hyvinvointikatsaus.
- Laukkanen, E., Marttunen, M., Miettinen, S. & Pietikäinen, M. 2006. Nuoren psyykkisten ongelmien kohtaaminen. Hämeenlinna: Duodecim.
- Lazarus, R. & Folkman, S. 1984. *Stress, appraisal and coping*. Springer: New York.
- Lim, Y., Tam, C. & Lee, T. 2013. PERCEIVED STRESS, COPING STRATEGY AND GENERAL HEALTH: A STUDY ON ACCOUNTING STUDENTS IN MALAYSIA. *Journal of Arts, Science & Commerce* 4 (1) 88–95.
- Lin, L., Sidani, J., Shensa, A., Radovic, A., Miller, E., Colditz, J., Hoffman, B., Giles, L. & Primack, B. 2016. ASSOCIATION BETWEEN SOCIAL MEDIA USE AND DEPRESSION AMONG U.S. YOUNG ADULTS. *Depression and Anxiety* 33 (4): 323–331.
- Lucock, M., Gillard, S., Adams, K., Simons, L., White, R. & Edwards, C. 2011. Self-care in mental health services: a narrative review. *Health and Social Care in the Community* 19 (6): 602–616.
- Mahmoud, J., Staten, R., Hall, L. & Lennie, T. 2012. The Relationship among Young Adult College Students` Depression, Anxiety, Stress, Demographics, Life Satisfaction, and Coping Styles. *Issues in Mental Health Nursing* 33: 149–156.
- Martin, M. 2014. Ahdistuneisuushäiriöt. Teoksessa Lönnqvist J, Heikkinen M, Henriksson M, Marttunen M, Partonen T (toim.) *Psykiatria*. Helsinki: Duodecim.

Martínez-Hernández, A., DiGiacomo, S., Carceller-Maicas, N., Correa-Urquiza, M. & Martorell-Poveda, M. 2014. Non-professional-help-seeking among young people with depression: a qualitative study. *BMC Psychiatry* 14 (124).

Marttunen, M. & Kaltiala-Heino, R. 2014a. Nuorisopsykiatria. Teoksessa: Lönnqvist J, Heikkinen M, Henriksson M, Marttunen M, Partonen T (toim.) 11. painos. *Psykiatria*. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, s. 591–630.

Marttunen, M. & Kaltiala-Heino R. 2014b. Nuoruuden mielenterveydenhäiriöiden epidemiologia. Teoksessa Lönnqvist J, Heikkinen M, Henriksson M, Marttunen M, Partonen T (toim.). *Psykiatria*. Helsinki: Duodecim.

Martorell-Poveda, M., Martinez-Henaez, A., Carcelle-Maicas, N. & Correa-Urquiza, M. 2015. Self-care strategies for emotional distress among young adults in Catalonia: a qualitative study. *International Journal of Mental Health Systems* 9:9.

Monteiro, S., Matos, A. & Oliveira, S. 2014. The moderating effect of gender: Traumatic experiences and depression in adolescence. *Social and Behavioral Sciences* 165: 251– 259.

Morgan, A. & Jorm, A. 2008. Self-help interventions for depressive disorders and depressive symptoms: a systematic review. *Annals of General Psychiatry* 7:13.

Morrell, S., Taylor, R., Quine, S., Kerr, C. & Western, J. 1994. A cohort study of unemployment as a cause of psychological disturbance in Australian youth. *Social Science & Medicine* 38: 1553–1564.

Morris, W. & Reilly, N. 1987. Toward the self-regulation of mood: Theory and research. *Motivation and Emotion* 11 (3): 215–249.

Nolen-Hoeksema, S. 1987. Sex differences in unipolar depression: evidence and theory. *Psychological Bulletin* 101 (2): 259–282.

Nolen-Hoeksema, S. 1991. Responses to depression and their effects on the duration of depressive episodes. *Journal of Abnormal Psychology* 100 (4): 569–582.

Nolen-Hoeksema, S. & Girgus, J. 1994. The emergence of gender differences in depression during adolescence. *Psychological Bulletin* 115 (3): 424–443.

Nolen-Hoeksema, S., Wisco, E. & Lyubomirsky, S. 2008. Rethinking rumination. *Perspectives on Psychological Science* 3: 400–424.

Nuorisolaki 27.1.2006/72. Viitattu 11.10.2015.

<https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2006/20060072>.

Offer, D., Howard, K., Schonert, K. & Ostrov, E. 1991. To whom do adolescents turn for help? Differences between disturbed and nondisturbed adolescents. *Journal of the American Academy for Child and Adolescent Psychiatry* 30: 623–630.

Orem, D. 1991. *Nursing concepts of practice*. (4th edition). St. Louis: Mosby, cop.

- Pakaslahti, A. & Achte, K. 1983. Pitkäaikaissairauksien ja vammaisuuden komplikaatiot. *Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti* 1: 36–47.
- Parker, G. & Paterson, A. 2015. Differentiating 'clinical' and 'non-clinical' depression. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 131: 401–407.
- Parkinson, B. & Totterdell, P. 1999. Classifying affect-regulation strategies. *Cognition and emotion* 13: 277–303.
- Patel, V., Flisher, A., Hetrick, S. & McGorry, P. 2007. Mental health of young people: a global public-health challenge. *Lancet*. 14 (369): 1302–1313.
- Paunio, T., Lindfors, O., Kalska, H. ym. 2012. Psykoterapiaprosessit nyt ja tulevaisuudessa. *Suomen Lääkärilehti* 37: 2547–2553.
- Primack, B., Swanier, B., Georgiopoulos, A., Land, S. & Fine, M. 2009. Association Between Media Use in Adolescence and Depression in Young Adulthood. *Archives of General Psychiatry* 66 (2): 181–188.
- Pylkkänen, K. 2013. Nuorisopsykiatrisen avohoidon laatusuositus, Laadun osa-alueet, mittarit, hyvän laadun kriteerit ja niiden toteutuminen, NALLE-projekti - Nuorisopsykiatrisen avohoidon laadullinen evaluointi. Suomen Nuorisopsykiatrisen yhdistys 2013.
- Reavley, N., Yap, M. & Wright, A. 2011. Actions taken by young people to deal with mental disorders: findings from an Australian national survey of youth. *Early Intervention in Psychiatry* 5: 335–342.
- Renk, K. & Creasey, G. 2003. The relationship of gender, gender identity, and coping strategies in late adolescents. *Journal of Adolescence* 26: 159–168.
- Rickwood, D., Deane, F., Wilson, C. & Ciarrochi, J. 2005. Young people's help-seeking for mental health problems. *Australian e-Journal for the Advancement of Mental Health* 4 (3): 1–34.
- Roesch, S. & Weiner, B. 2001. A meta-analytic review of coping with illness. Do causal attributions matter? *Journal on Psychosomatic Research* 50: 205–219.
- Roth, S. & Cohen, L. 1986. Approach, Avoidance, and Coping With Stress. *American Psychologist* 41: 813–819.
- Rutter, M. 1989. Isle of Wight revisited. Twenty five years of Child Psychiatric epidemiology. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent* 28: 633–653.
- Räsänen, E. Mielialahäiriöt ja itsetuhokäyttäytyminen. 2004. Teoksessa Lasten- ja nuorisopsykiatria. 3. painos. Jyväskylä: Gummerus.
- Salminen, J., Saarijärvi, S., Tikka, J., Rissanen, S., Raitasalo, R., Toikka, T. & Puukka P. 1997. Vakava masennus ja työkyky. *Suomen lääkäri-lehti* 52: 2515–21.
- Salminen, J. 2004. Mielenterveyden häiriöt ja työkyvyttömyys. *Suomen lääkäri-lehti* 48 (59).
- Scheirer, M., Weintraub, J. & Carver, C. 1986. Coping with stress: divergent strategies of optimists and pessimists. *Journal of Personality and Social Psychology* 51: 1257.



- Smitherman, C. 1981. Nursing actions for health promotion. Philadelphia: Davis.
- Shirazi, M., Khan, M. & Khan, R. 2011. Coping Strategies: A cross-cultural study. *Romanian Journal of Psychology, Psychotherapy and Neuroscience* 1(2): 284–302.
- Schmitt, D., Realo, A., Voracek, M. & Allik, J. 2008. Why can't a man be more like a woman? Sex differences in Big Five personality traits across 55 cultures. *Journal of Personality and Social Psychology* 94: 168–182.
- Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriö. MASTO-hankkeen (2008 - 2011) loppuraportti: Masennusperäisen työkyvyttömyyden vähentämiseen tähtäävän hankkeen toiminta ja ehdotukset. STM selvityksiä 2011:15. Viitattu 13.2.2016. <http://julkaisut.valtioneuvosto.fi/handle/10024/72074>.
- Straub, R. 2007. Health Psychology, a biopsychosocial approach. (2. edition) New York: Worth Publishers.
- Lääkealan turvallisuus- ja kehittämiskeskus Fimea ja Kansaneläkelaitos. SUOMEN LÄÄKETILASTO FINNISH STATISTICS ON MEDICINES 2014. Helsinki: Edita Prima Oy. Viitattu 1.5.2016. [https://www.fimea.fi/documents/160140/1188389/SLT+2014\\_net.pdf/4fde8821-0421-422c-a596-c9d6b922d226](https://www.fimea.fi/documents/160140/1188389/SLT+2014_net.pdf/4fde8821-0421-422c-a596-c9d6b922d226).
- Suvisaari, J. 2013. Mielenterveyshäiriöiden esiintyvyyden sukupuolierot. *Suomen Lääkärilehti* 20 (68): 1487–1492
- Tamres, L., Janicki, D. & Helgeson, V. 2002. Sex differences in coping behavior: a meta-analytic review and an examination of relative coping. *Personality & Social Psychology Review* 6 (1): 2–29.
- Tutkimuseettinen neuvottelukunta. 2009. Humanistisen, yhteiskuntatieteellisen ja käyttäytymistieteellisen tutkimuksen eettiset periaatteet ja ehdotus eettisen ennakoarvioinnin järjestämiseksi. Viitattu 1.3.2016. <http://www.tenk.fi/>.
- Beckin depressiokysely 21-osiainen. TOIMIA-tietokanta. THL 2011. (päivitetty 13.4.2016). Viitattu 4.4.2016. <http://www.thl.fi/toimia/tietokanta/mittariversio/83/>.
- Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Psykiatrian luokituskäsikirja. Tautiluokitus ICD-10:n psykiatriaan liittyvät diagnoosit. Luokitukset, termistöt ja tilasto-ohjeet 1/2012. Tampere: 2012.
- Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. 2014. Mielen hyvinvointi: Mielenterveyden oimavaroja voi vahvistaa. Viitattu: 20.11.2015. <https://www.thl.fi/fi/web/terveyden-edistaminen/toimijat/terveyden-edistaminen-eri-toimialoilla/terveyden-ja-hyvinvoinnin-edistaminen-ammattillisessa-koulutuksessa/mielen-hyvinvointi>.
- Teychenne, M., Ball, K., & Salmon, J. 2010. Sedentary behavior and depression among adults: a review. *International Journal of Behavioral Medicine* 17: 246–254.
- Thapar, A., Collishaw, S., Potter, R. & Thapar, A. 2010. Managing and preventing depression in adolescents. *British Medical Association* 340: 254–258.
- Thayer, R., Newman, R. & McClain, T. 1994. Self-Regulation of Mood: Strategies for Changing a Bad Mood, Raising Energy, and Reducing Tension. *Journal of Personality and Social Psychology* 67 (5): 910–925.

- Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2002. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Helsinki: Tammi.
- Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2009. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. 5. painos. Helsinki: Tammi.
- Töttö, P. 2000. Pirullisen positivismin paluu: laadullisen ja määrällisen tarkastelua. Tampere: Vastapaino.
- Vertio, H. 2003. Terveyden edistäminen. Jyväskylä: Gummerus.
- World Health Organization. 1983. Health Education in Self-Care: Possibilities and Limitations. Viitattu 25.10.2015. [https://extranet.who.int/iris/restricted/bitstream/10665/70092/1/HED\\_84.1.pdf](https://extranet.who.int/iris/restricted/bitstream/10665/70092/1/HED_84.1.pdf).
- World Health Organization. 1998. The Role of the Pharmacist in Self-Care and Self-Medication. Viitattu 25.10.2015. <http://apps.who.int/medicinedocs/en/d/Jwhozip32e/>.
- World Health Organization. 2005. European Ministerial Conference on Mental Health: Facing the Challenges, Building solutions. Mental Health of Children and adolescents. Viitattu 23.11.2015. [http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0008/96452/E87301.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0008/96452/E87301.pdf)
- World Health Organization. 2014. Adolescence: a period needing special attention. Health for the world's adolescents: A second chance in the second decade. Viitattu 11.12.2015. <http://apps.who.int/adolescent/second-decade/section2/page1/recognizing-adolescence.html>
- Young, M., Scheftner, W., Fawcett, J. & Klerman, G. 1990. Gender differences in the clinical features of unipolar major depressive disorders. *Journal of Nervous and Mental Disease* 178 (3): 200–20

