

KYMENLAAKSON AMMATTIKORKEAKOULU

Hoitotyön koulutusohjelma/ Hoitotyö

Emma Hatvala

NUORTEN AIKUISTEN MASENNUS JA SEN AIHEUTTAMAT ONGELMAT

OPISKELU- JA TYÖELÄMÄSSÄ – SYSTEMAATTINEN

KIRJALLISUUSKATSAUS

Opinnäytetyö 2013

TIIVISTELMÄ

KYMENLAAKSON AMMATTIKORKEAKOULU

Terveysala, Kotka

HATVALA, EMMA

Nuorten aikuisten masennus ja sen aiheuttamat ongelmat
opiskelu- ja työelämässä

Opinnäytetyö

48 sivua

Työn ohjaaja

TtM Mirja Nurmi

Toimeksiantaja

KymiCare

Huhtikuu 2013

Avainsanat

Masennus, toimintakyky, työkyky

Tämän opinnäytetyön aiheena on nuorten aikuisten masennus ja sen vaikutus opiskelu- ja työelämään. Tutkimuksen tavoitteena oli selvittää nuorten aikuisten masennukseen johtavia riskitekijöitä sekä tutkia, millaisia ongelmia masentunut nuori saattaa kohdata opiskelu- tai työelämässä. Koska nuoruutta on vaikea määritellä, päädyttiin tutkimuksessa rajaamaan kohderyhmä 17–45-vuotiaisiin.

Opinnäytetyö on tehty systemaattisena kirjallisuuskatsauksena. Tiedonhaussa löytyi yhteensä 13 alkuperäistutkimusta. Tiedonhaku toteutettiin syksyn 2012 ja kevään 2013 aikana, Tutkimustulokset analysoitiin sisällön analyysin avulla.

Merkittävimpiä riskitekijöitä nuorten aikuisten masennukseen olivat kielteiset elämäntapahtumat, elämäntavat, ongelmat ihmissuhteissa tai läheisten ihmissuhteiden puuttuminen sekä perinnöllinen alttius. Masentuneet nuoret aikuiset kokivat erinäisiä ongelmia opiskelu- ja työelämässä. Tutkimuksessa kävi ilmi, että toimintakyvyn aleneminen, eristäytyminen, negatiiviset tunteet sekä talousongelmat olivat jokapäiväistä elämää rajoittavia tekijöitä.

Tulevaisuudessa tulisi panostaa enemmän ehkäisevän mielenterveystyön suunnitteluun, jotta tunnistettaisiin masennusoireita herkemmin ja pystyttäisiin puuttumaan paremmin alkaviin masennusjaksoihin. Koska masennusoireet ovat hyvin salakavalia ja toisinaan niitä on vaikea erottaa niin sanotuista normaaleista mielialan alavireisyyden jaksoista, tulisi sosiaali- ja terveysalan ammattihenkilöiden tietää riittävästi masennuksesta, sen ennaltaehkäisystä ja hoidosta. Opiskelu- ja työterveyshuollolla on myös suuri rooli ehkäisevässä ja tukevassa mielenterveystyössä.

ABSTRACT

KYMENLAAKSON AMMATTIKORKEAKOULU

University of Applied Sciences

Health Care

HATVALA, EMMA

Depression in Young Adults and Problems Caused by It in
Studies and at Work

Bachelor's Thesis

48 pages

Supervisor

Mirja Nurmi, MNSc

Commissioned by

KymiCare

April 2013

Keywords

Depression, performance, working ability

The topic of this Bachelor's thesis is depression and its impact on studies and work in young adults. The aim is to examine the most common risk factors of depression in young adults as well as the problems a depressed adolescent may face in studies or at work. The target group was decided to be those 17-45 years of age, adulthood or adolescence are difficult concepts to define. A systematic literature review was used in the thesis. The results of the research were analyzed with content analysis. The information retrieval was made in autumn 2012 and in spring 2013.

Significant risk factors for young adults with depression were a negative life event, lifestyle, problems in relationships or lack of close relationships as well as genetic predisposition. Depressed young adults experienced a number of problems in studies and at work. The research revealed that reduction in functioning ability, isolation negative emotions as well as economic problems were limiting factors in everyday life.

In the future more should be done in planning preventive mental health care. By doing so depression symptoms could be recognized earlier and it would be possible to intervene in incipient depression episodes better. The symptoms of depression are very insidious and sometimes it is difficult to separate them from the so-called normal moodiness episodes. Social and health care professionals should have enough knowledge of depression and the ways of preventing and treating it.

SISÄLLYS

TIIVISTELMÄ

ABSTRACT

1. TAUSTA JA TARKOITUS	5
2. NUORTEN AIKUISTEN MASENNUS	6
2.1. Nuoruus ja varhainen aikuisuus kehitysteorian näkökulmasta	7
2.2. Masennuksen riskitekijät ja ennaltaehkäisy	9
2.3. Masennuksen oireet	10
2.4. Masennuksen hoito	12
3. TYÖKYKY JA SEN ARVIOINTI	16
4. PSYKKISET VAIKEUDET OPISKELUISSA JA TYÖELÄMÄSSÄ	19
5. KIRJALLISUUSKATSAUS	20
5.1. Systemaattinen kirjallisuuskatsaus ja sen vaiheet	20
5.2. Tutkimussuunnitelma	21
5.3. Tutkimuskysymykset ja niiden määrittäminen	22
5.4. Tiedonhaku	23
5.5. Alkuperäistutkimusten valinta	26
5.6. Laadun arviointi	32
5.7. Sisällön analyysi ja tulosten esittäminen	33
5.8. Luotettavuus	34
6. TULOKSET	35
6.1. Nuoren aikuisen masennuksen riskitekijöitä	40
6.2. Masentuneiden nuorten aikuisten kohtaamia ongelmia	43
7. POHDINTA	44
7.1. Tuloksien tarkastelu	45
7.2. Systemaattisen kirjallisuuskatsauksen luotettavuus ja eettisyys	46
7.3. Johtopäätökset ja hyödynnettävyys	47
LÄHTEET	49

1. TAUSTA JA TARKOITUS

Mielenterveyden häiriöiden ja etenkin masennuksen aiheuttamat sairauspoissaolot ja työkyvyttömyys ovat viime vuosina jatkuvasti lisääntyneet (Raitasalo, Toikka, Saarijärvi & Salminen 2010). Kansaneläkelaitoksen korvaamien yli yhdeksän päivän sairauspoissaolojen määrä on yli 16 miljoonaa päivää vuodessa. Suurin osa näistä johtuu tuki- ja liikuntaelinsairauksista sekä mielenterveysongelmista. (Mäkelä, Hirvonen, Elo, Kandolin, Kauppinen, Kauppinen, Ketola, Leino, Manninen, Miettinen, Reijula, Salminen, Toivanen, Tuomivaara, Vartiala, Venäläinen & Viluksela 2009.) Mielenterveydenhäiriöt ovat toiseksi suurin tautiryhmä tutkittaessa palkansaajien sairauspäivärahopäiviä (Sairauspäivärahopäivät tautiryhmittäin 2010). Masennus voi liittyä työuupumukseen joko sen seurauksena tai yhtenä oireena, tai se voi pitkittää työkyvyttömyyttä (Heilä 2011).

Joka vuosi viisi suomalaista sadasta kärsii masennuksesta ja keskimäärin vuoden sisällä noin 6 % suomalaisista sairastaa hoitoa vaativaa masennusta. Suomessa masennus on yleisin syy työkyvyttömyyseläkkeelle siirtymiseen. (Tuulari 2008.) Masennusta esiintyy kaikissa ikäryhmissä, mutta nuorten aikuisten masennus on alihoidettua (Masennuksen hoito 2011). Vuonna 2009 Työterveyslaitoksen toteuttaman Työ- ja terveyskyselytutkimuksen mukaan runsaalla kolmasosalla oli ollut viimeisen 6 kuukauden aikana sellaisia fyysisiä tai psyykkisiä oireita, jotka aiheutuvat työstä tai joita työ aiheuttaa. Noin kahdella kolmasosalla työssä käyvistä oli viimeisen kuukauden aikana ollut toistuvasti tai pitkäaikaisesti tuki- ja liikuntaelinoireita ja puolet oli kokenut joidakin psyykkisiä oireita. (Mäkelä ym. 2010.)

Mielenterveys ja siihen liittyvät ongelmat ovat nousseet viime aikoina yhdeksi isoksi keskustelunaiheeksi yhteiskunnassamme (Kinnunen 2011). Masennus-termiä käytetään muissakin kuin juuri diagnosoidun sairauden yhteydessä. Maallikot puhuvat usein masentuneesta mielialasta, jolla tarkoitetaan ohimenevää tai hetkellistä tunnetilaa. Masennus sairautena tarkoittaa kuitenkin pitkäaikaista, viikoista kuukausiin kestävästä masentunutta tunnetilaa (Lepola, Koponen, Leinonen, Joukamaa, Isohanni & Hakola 2008, 322). Naisilla masennus on miltei kaksi kertaa yleisempää kuin miehillä. Alttius sairastua kliiniseen masennukseen kasvaa, jos joku perheenjäsenistä on sairastanut vakavan masennustilan tai kaksisuuntaisen mielialahäiriön (Laukkanen 2010). Vaikeiden ja toistuvien masennustilojen taustalla on sekä perinnöllinen alttius että laukaiseva ul-

koinen tekijä, esimerkiksi vaikea ja kuormittava elämänmuutos tai läheisen ihmissuhteen puuttuminen. Vakava masennus alkaa usein kielteisen elämäntapahtuman jälkeen, kuten työttömäksi jäämisen tai avioeron jälkeen (Isometsä 2009). Masennustilojen esiintymiseen liittyvät myös persoonallisuuden häiriöt, vähäinen koulutus ja matala tulotaso. Lisäksi krooninen somaattinen sairaus, humalajuominen, säännöllinen tupakointi ja mielenterveyden häiriöt liittyvät masennustilojen esiintyvyyteen. (Aho, Isometsä, Mattila, Jousilahti & Tala 2009.) Usein potilas ei itse tunnista masentunutta mielialaa eikä hahmota kärsimystään masennukseksi (Isometsä 2009).

Kiinnostuin aiheesta, koska masennus on suuri yhteiskunnallinen ongelma ja 2010-luvulla se mielletään vieläkin tabuna. Sairaudesta ei haluta puhua julkisesti niin kuin vaikka jostakin elimellisestä sairaudesta. Hoitoon hakeutuminen koetaan vaikeaksi, koska potilas itse ei aina tunnista sairauden oireita ja sairauden pelätään antavan hullun leiman.

Opinnäytetyön tarkoituksena on selvittää nuorten aikuisten masennukseen johtavia riskitekijöitä sekä tutkia, millaisia ongelmia masentunut nuori aikuinen saattaa kohdata opiskelu- tai työelämässä. Tutkimus on hankkeistettu sosiaali- ja terveysalan osaamiskeskittymä KymiCarelle.

2. NUORTEN AIKUISTEN MASENNUS

Masennuksella voidaan tarkoittaa normaalia, useasti menetyksiin ja pettymyksiin liittyvää hetkellistä tunnereaktiota. Niinpä usein arkielämässä puhuttaessa masennuksesta, sillä voidaan tarkoittaa montaa asiaa. Masennuksella voidaan tarkoittaa olotilaa tai mielialaa tai sillä voidaan viitata mielenterveydenhäiriöön. Masennuksella voidaan tarkoittaa myös hetkellistä, ohimenevää pahaa oloa. (Masennus.)

Masentuneella mielialalla tarkoitetaan pitkäaikaista, viikoista kuukausiin kestävästä masentunutta tunnetilaa, joka on yksi masennusoireyhtymän pääoireista. ICD-10-tautiluokituksessa (International Classification of Disease: WHO:n (Maailman terveysjärjestön) tautiluokitusjärjestelmä) (Lepola, Koponen, Leinonen, Joukamaa, Isohanini & Hakola 2008, 322) masennuksen keskeisimmät muodot jaetaan masennustiloihin (F32) ja toistuvaan masennukseen (F33), jossa potilaalla on esiintynyt masennustila vähintään kerran aikaisemmin ja pitkäaikaista ylläpitohoitoa on harkittava. Masennus-

ta esiintyy kaikissa ikäryhmissä ja nuorten aikuisten masennus on alihoidettua (Masentuneen potilaan hoito 2011).

Masennuksella on eri muotoja, masennustila voi olla lievä, keskivaikea, vaikea tai psykoottinen. Sairastettaessa masennusta, potilaalla voi olla kaksisuuntainen mielialahäiriö, masennus voi olla pitkäaikaista tai masennus esiintyy lyhyinä toistuvina masennusjaksoina. Sairauteen kuuluvat myös mielialan aaltoiluhäiriö tai monihäiriöisyys, jos potilas sairastaa muitakin mielenterveyshäiriöitä. Epävakaata persoonallisuus, ahdistuneisuushäiriö tai päihdeongelma esiintyy usein masennuksen rinnalla. (Isometsä 2009.)

2.1. Nuoruus ja varhainen aikuisuus kehitysteorian näkökulmasta

Mielenterveys- ja päihdehäiriöt ovat yleisiä suomalaisten nuorten keskuudessa. Varhaisaikuisuus on haastava elämänvaihe, koska usein tänä aikana nuori aikuinen irrottautuu perheestään ja tekee tässä vaiheessa ratkaisevimmat elämänvalinnat koskien ammattia ja parisuhdetta. Nuoruus merkitsee usein kokemattomuutta ja usein myös epärealistisia työelämän odotuksia. Tutkimuksessa halutaan keskittyä erityisesti nuorten aikuisten masennukseen. Nuorille aikuisille erityistä on se, että he astuvat nuoruudesta aikuisuuteen ja sinä aikana saattaa elämässä tapahtua suuria muutoksia, esimerkiksi ammattiin valmistuminen tai perheen perustaminen. Tämä ajanjakso on ihmisen elämässä merkittävä ja se huomioidaan tutkittaessa masennusta ja sen vaikutusta joka-päiväiseen elämään. (Mielenterveys- ja päihdehäiriöt yleisiä nuorilla aikuisilla.)

Erik H. Erikson on määritellyt varhaisen aikuisuuden vaiheen sijoittuvan nuoruuden loppuun ja keski-ikä alkamisen väliin. Aikaan, jolloin itsetietoisuuteen tullut nuori aikuinen lähtee etsimään omaa paikkaansa, tehtävänsä ja ihmissuhteitaan elämässä. (Dunderfelt 2011, 236.) Tähän perustuen tutkimuksen kohderyhmä on rajattu 17–45-vuotiaisiin.

Nuoruutta voidaan tarkastella monesta eri näkökulmasta ja eri ihmiset kokevat nuoruuden eri tavoilla. Aalbergin ja Siimeksen (2007) mukaan nuoruusikä on rajallista, eikä kehityksellisesti pitkittynyttä nuoruutta ole. Nuoruus sijoittuu 12–22 ikävuosien väliin. Tämä vaihe tarkoittaa lapsuuden ja aikuisuuden väliin sijoittuvaa psyykkistä ja fyysistä kehitysvaihetta. Fyysinen kasvu ja sen psykologiset vaikutukset vaativat nuoren itsensä uudelleen määrittelyä. Usein nuoruusikää kuvataankin toisena yksilöity-

misvaiheena, kun taas ensimmäinen vaihe käynnistyy lapsen kolmen ensimmäisen ikävuoden aikana. Ennen kuin nuori on kykeneväinen löytämään uuden identiteetin, hänen on irrottauduttava lapsuudesta. Nuoruusiässä lapsenomaiset toiveet ja ristiriidat nousevat uudelleen pinnalle, minkä vuoksi nuoruutta pidetään myös ainutlaatuisena mahdollisuutena parantaa tulevaa elämänlaatua.

Erik H. Eriksonin kehitysteorian mukaan nuoruudessa sisäisten voimien kasvaminen ja yksilöllisen tunteen voimistuminen herättävät ihmisen etsimään itseään. Nuori tekee sen kokeilemalla erilaisia rooleja ja ottamalla lähtöpintaa vanhempien ja ympäristön antamista malleista. Identiteetti ei kuitenkaan synny ilman kasvukipuja, sillä jonkinlainen roolihajaannus tai epävarmuus on kehitykselle välttämätöntä. Ilman yhteisöllisiä kapinoita ei mikään vanha perinne voisi rikkoutua. Perusvoima, joka tässä vaiheessa syntyy, on uskollisuus. Tällä tarkoitetaan kykyä säilyttää läheiset ihmissuhteet vääjäämättömissä arvojärjestelmien yhteenotoissa tai epäselvyyksien sattuessa. Voiman toinen puoli on syrjäytyminen, luopuminen lojaalisuudesta riitojen tai vaaran uhatessa. (Dunderfelt 2011, 237.)

Älyllisesti ja ruumiinrakenteeltaan nuori ihminen on valmis elämän haasteisiin ja yhteiskunnalliseen toimintaan, mutta monet nuoret viettävät vielä vuosia ”vaelellen ja etsien”. Nuoret etsivät omaa paikkaansa tässä yhteiskunnassa miettien mitä he haluaisivat alkaa tekemään. Usein he matkustelevat, kokevat erilaisia työ- ja opiskelupaikkoja, haaveilevat kaukaisesta tulevaisuudesta ja etsivät tietä sinne. Tämä niin sanottu etsikkoaika on varmasti monessa tapauksessa viisas ratkaisu. Vaikka moni nuori on kypsä, he eivät välttämättä ole sitä vielä sisäisesti omassa yksilöllisyydessään ja tunnemaailmassaan. Varsinainen aikuisuuden vaihe alkaa vasta noin 18–22 ikävuosien paikkeilla, vaikkakin tarkkoja rajoja on mahdoton määrittää. Suomen laki määrittelee, että 18-vuotias on täysi-ikäinen ja täysin vastuullinen omista teoistaan ja päätöksistään, mutta jokainen tietää, etteivät nuoruus, aikuisuus tai täysi-ikäisyys ole päivämääristä kiinni. (Dunderfelt 2011, 92.)

Eriksonin mukaan aito läheisyys on ”voimakas vahvistuksen tunne”, joka syntyy persoonallisuuksien ja ruumiiden kohdatessa pitkän riskialttiin lapsuuden ja nuoruuden jälkeen. Läheisyys voi olla rakkauden lisäksi vahvaa yhteenkuuluvuutta ja solidaarisuutta ihmisten, ryhmien ja aatteiden kesken. Vastakohta läheisyydelle on eristyneisyys, tunne joka syntyy ihmiselle kokemuksesta jossa häntä tai jotakin hänen ominai-

suuttaan ei hyväksytä. Eristettynä ja hylättynä ihminen saattaa kasvaa vihamieliseksi ja kohdistaa tämän asenteen todelliseen tai luultuun viholliseen. Tässä on taustalla Eriksonin mukaan heikko suhde omaan itseen. Tämän elämänvaiheen syntyvä voima on rakkaus, joka pystyy voittamaan erimielisyydet ja rakentamaan siltoja yksilöiden välille. (Dunderfelt 2011, 236.)

Jäsentymisen vaihe luokitellaan 20–40 ikävuosien paikkeille. Aikuisuuden taival on täynnä sosiaalista ja yhteiskunnallista toimintaa perheessä, työelämässä ja ystävien ja harrastusten parissa. Yksilö etsii sellaista paikkaa, jossa juuri hänen kykynsä ja taipumukset tulisivat parhaiten esille. Henkilö etsii elinympäristöä, jossa hän saisi vastinetta omille odotuksilleen ja sisäisille pyrkimyksilleen siitä, mitä elämä on ja mitä se voisi hänelle antaa. Havighurstin mukaan tämän vaiheen kehitystehtäviä ovat elämäkumppanin valitseminen, ansiotyön aloittaminen, oppiminen elämään avioliitossa, perheen perustaminen, lasten kasvattaminen, kodin hoitaminen, yhteisöllisen vastuun ottaminen ja sellaisten sosiaalisten ryhmien löytyminen, joihin itse tuntee kuuluvansa. Individuaation näkökulmasta katsottuna tähän vaiheeseen kuuluu myös omien opittujen arvojen, asenteiden ja toimintamallin kohtaamista ja oman yksilöllisyyden minuiden etsimistä sekä persoonallisuutemme uudelleen muokkausta. (Dunderfelt 2011, 97.)

2.2. Masennuksen riskitekijät ja ennaltaehkäisy

Masennustekijät ovat monitekijäisiä sairauksia, joiden syntyyn liittyy niin biologisia, psykologisia että sosiaalisiaakin vaaratekijöitä. Riskitekijöistä monet liittyvät pidempiaikaiseen yksilölliseen depressioalttiuteen, kun taas toiset vaaratekijät ovat luonteeltaan laukaisevia. Keskeisiä riskitekijöitä masennukselle ovat perinnöllinen taipumus, masennukselle altistavat luonteenpiirteet ja laukaisevat kielteiset elämäntapahtumat. Todennäköisesti perinnöllinen alttius on sitä merkittävämpi tekijä, mitä toistuvampia ja vaikeampia masennustilat ovat. Sairauden syntymisen kannalta oleellisia ovat biologiset, psykologiset sekä sosiaaliset mekanismit. (Depressio 2009.)

Masennusta voidaan ehkäistä terveiden elämäntapojen avulla. Riski sairastumiseen vähenee kohtuullisen liikunnan harrastamisella sekä työstressin ja työkuormituksen vähentämisellä. Humalajuominen sekä alkoholin suurkulutus altistavat myös masennukselle. Masennusta on lisäksi osittain mahdollista ehkäistä psykologisten interventioiden, kuten ryhmämuotoisen depressiokoulu-intervention avulla. Näiden vaikutta-

vuus on kuitenkin enintään kohtalainen. Ehkäisevät psykologiset interventiot ovat järkevintä kohdentaa masennuksen vaaratekijöitä omaaviin henkilöihin. Heitä ovat vastasyntyttäneet äidit, työttömäksi jääneet tai työuupumuksesta kärsivät sekä kroonisesti elimellisesti sairaat. Ehkäiseviä interventioita on myös järkevää kohdentaa henkilöihin joilla jo ilmenee masennuksen kehittymisen vaarasta kertovia masennuksen oireita. (Depressio 2009.)

Taulukossa 1. on listattu masennuksen riskitekijöitä, jotka Olli Kampman (2009) on artikkelissaan Masennuksen riskitekijät, jakanut kahteen eri ryhmään. Riskitekijät ovat jaettu masennuksen laukaiseviin riskitekijöihin sekä pidempiaikaiseen yksilölliseen alttiuteen sairastua masennukseen.

Taulukko 1. Masennukselle altistavat riskitekijät taulukoituna (Kampman 2009)

Masennuksen laukaisevat riskitekijät	Pidempiaikainen yksilöllinen alttiutus masennukseen
Kielteinen elämäntapahtuma	Tunne-elämän epävakaisuudet
Pitkäaikainen stressi	Persoonallisuushäiriöt
Elämäntavat (runsas alkoholin käyttö, tupakointi, päihdehäiriöt)	Perinnöllinen alttiutus
Alhainen koulutus	Minäkuvan vääristyneisyys, itsetunnon ongelmat
Pienet tulot	
Ihmissuhteissa ilmenevät ongelmat tai läheisten ihmissuhteiden puuttuminen	
Krooniset pitkäaikaussairaudet	
Muut mielenterveyshäiriöt	

2.3. Masennuksen oireet

Masennus on luonteeltaan oireyhtymä, joka todetaan perusteellisen haastattelun perusteella. Masennus lisää riskiä sairastua oheissairauksiin, joten masennukselle altistavia tekijöitä ja masennuksen oireita on toisinaan vaikea erottaa toisistaan (Karlson 2012, 625). Ensimmäinen kriteeri masennuksen luokittelussa on masennustilan kesto. Oireita, jotka ovat kestäneet alle kaksi viikkoa, ei vielä lasketa masennukseksi. Tyypillisiä masennuksen oireita ovat mielialan lasku, mieli on maassa suurimman osan ajasta tai kiinnostuksen ja mielihyvän katoaminen asioista, jotka ennen tuottivat iloa ja hyvää oloa. Poikkeuksellisen väsynyt olo ja selvästi vähentyneet voimavarat ovat tyypillisiä

oireita masennukselle. Masennuksessa itseluottamus ja omanarvontunto ovat vähentyneet. Masentunut kärsii epärealistisista ja kohtuuttomista syytöksistä itseä kohtaan ja hänellä on kuolemaan ja itsetuhoisuuteen liittyviä ajatuksia. Masennukseen kuuluvia oireita ovat keskittymisvaikeudet, psykomotorinen kiihtyminen tai hidastuneisuus sekä unihäiriöt. Lisäksi ruokahalun muutos, joka johtaa lihomiseen tai laihtumiseen on myös yksi masennuksen oireista. (Aho, Isometsä, Mattila, Jousilahti, & Tala, 2009.) Jos potilaalla ilmenee edellä mainituista oireista vähintään neljä yhtä aikaa ja yhtäjaksoisesti kahden viikon ajan sekä jos potilaalla ilmenee kolmesta ensimmäisestä oireesta vähintään kaksi, voidaan potilaan oireet diagnosoida masennukseksi. (Depression tunnistaminen ja arviointi- Pikatietoa 2010.)

Masennuksen tunnistamiseen ja arviointiin voidaan käyttää erilaisia arviointiasteikkoja. Näitä ovat BDI-, BDI-2, DEPS- sekä PHQ-9- asteikot. Lievässä masennustilassa potilaalla ilmenee neljästä viiteen oiretta ja BDI- pisteet ovat 13–18 ja PHQ-9 pisteet ovat 5-9. Lievässä masennuksessa potilasta hoidetaan perusterveydenhuollossa ja hän on työkykyinen. Keskivaikeassa masennuksessa potilaalla on usein 6 - 7 oiretta ja BDI- pisteet ovat 19–29 ja PHQ-9- pisteet 10–14. Tällöin potilas ei useinkaan ole työkykyinen ja tavallisesti hän tarvitsee sairauslomaa. Vaikeassa masennustilassa potilaalla ilmenee 8 - 10 oiretta, BDI - pisteet ovat 30 tai sen yli ja PHQ-9-pisteet ovat 15 tai enemmän. Tässä tilanteessa potilas tarvitsee tiivistä seuranta ja hoitoa psykiatrisessa erikoissairaanhoidossa. (Depression tunnistaminen ja arviointi- Pikatietoa 2010.)

Psykoottisessa depressiossa potilaan todellisuuden taju on häiriintynyt ja se on yleensä epärealistisen pessimistinen. Psykoottista depressiota sairastava potilas saattaa olla puhumaton ja eristäytynyt, eikä hän huolehdi itsestään. Monilla potilaista kognitiiviset toiminnot ovat hidastuneet ja he valittavat usein keskittymis- ja muistivaikeuksista. (Isometsä 2009.)

Joskus masennusoireet voivat aiheutua jostakin elimellisestä sairaudesta, esimerkiksi foolihapon tai B12-vitamiinin puutoksesta, sydän- tai aivoinfarktista, endokrinologisista häiriöistä, pahanlaatuisesta kasvaimesta tai neurologisesta sairaudesta. Ei kuitenkaan ole itsestään selvää, että nämä olisivat masennuksen taustalla. Siksi potilaat, jotka sairastavat jotakin edellä mainittua elimellistä sairautta, on tutkittava erityisen tarkkaan. Joskus myös surureaktio aiheuttaa masennuksen kaltaisia oireita, mutta ne ovat

yleensä ohimeneviä. Jos kuitenkin oireet eivät katoa ja kestävät yli kaksi kuukautta on kyse silloin masennuksesta. (Aho ym. 2009.)

2.4. Masennuksen hoito

Liisa Kiviniemen (2008) mukaan kynnys nuorten ja nuorten aikuisten psykiatriseen hoitoon tulisi olla mahdollisimman matala. Hoidon viivästyminen saattaa aiheuttaa nuoren kehityksessä vinoutumista ja vaikuttaa nuoren myöhempään kehitykseen. Hoidon keskeisenä lähtökohtana tulisi olla nuorten aikuisten omien kokemusten sisäisen maailman asettaminen ensisijaiseksi.

Myös lähipiirin, kuten vanhempien ja ystävien hoitoon mukaan ottaminen on ehdottoman tärkeää. Voimakkaat tunteet ja mielialat kuuluvat nuoruuteen, ja ovat usein kehitystä edistäviä tekijöitä. Nuoren ja nuoren aikuisen yleisimpiä mielenterveyshäiriöitä ovat masennus, ahdistuneisuus, psykoottisuus tai syömishäiriöt. Usein nämä ilmenevät päällekkäisinä ja toisiinsa kietoutuneena. Lisäksi näihin mielenterveyshäiriöihin liittyy myös lisääntynyttä päihteiden käyttöä. Erityisesti vaikea-asteinen masennus hankaloittaa nuoren ja nuoren aikuisen selviytymistä jokapäiväisestä elämästä. (Kiviniemi 2008, 27–28.)

Nuoren masentuneisuuden arvioinnissa on otettava huomioon nuoruusikään kuuluva nuoren tavallinen surumielisyyys, josta nuori selviytyy ystävien, perheen, harrastusten tai nuorisokulttuurin tuen turvin. Terve, kehityksellinen alavireisyys muuttuu patologiseksi siinä vaiheessa, kun mielialan vaihtelut ovat todella voimakkaita ja alavireisyys johtaa toimintakyvyn selvään heikkenemiseen tai jopa koko toimintakyvyn katoamiseen. Tämä voi näkyä esimerkiksi ystävyys- tai seurustelusuhteissa tai koulunesteyksen huonontumisena. Vaikea-asteisena ja pitkittyneenä nuoruusiän masennus aiheuttaa kehityksen hidastumista, niin kuin muutkin mielenterveyshäiriöt. Hoidon tavoitteena on tukea nuoren tervettä kehitystä niin, että nuori kykenee muuttamaan käsitystä itsestään ja pystyy jatkamaan normaalia nuoruusiän kehitystä. Lisäksi tavoitteena hoidossa on nuoren inhimillisten kärsimysten, esimerkiksi viiltelyn itsemurhayritysten ehkäiseminen ja vähentäminen. (Masentuneen nuoren hoito 2010.)

Vakavasti masentunutta nuorta hoidetaan erikoissairaanhoidossa. Hoidossa keskeistä on riittävä sosiaalinen tuki ja huolenpito. Masentuneen nuoren hoitoon kuuluu yksilö-

hoito. Hoidon aikana keskustellaan nuoren kanssa ja kuunnellaan, lisäksi tukea antava vuorovaikutus on todella tärkeää. (Masentuneen nuoren hoito 2010.)

Masentuneen potilaan hoidon tavoitteena on masennusoireiden vähentyminen tai häviäminen ja toimintakyvyn palautuminen. Suurin osa lievistä ja keskivaikeista masennustiloista voidaan hoitaa perusterveydenhuollossa. Potilas tarvitsee erikoissairaanhoidon, silloin, jos masennustilaan liittyy suurentunut itsemurhariski, potilaalla ilmenee psykoottisia oireita tai jos hän sairastaa kaksisuuntaista mielialahäiriötä. Jos potilas ei pysty itse huolehtimaan päivittäisistä arkitoimista, masennus ei korjaannu kolmen kuukauden aikana tavanomaisten hoitojen avulla, tai potilas on vakavasti monihäiriöinen, hoidetaan häntä myös silloin erikoissairaanhoidossa. (Pulkinen & Vesanen 2011.)

Masentuneen potilaan hoidossa tarvitaan aktiivinen hoito-ote omahoitajasuhteessa. Potilaan kohtaamiseen varataan riittävästi aikaa ja tarkasti tehty hoitosuunnitelma edistää potilaan paranemisprosessia. Koska masennus vaikuttaa ihmisen elämään jokaisella osa-alueella, niin myös masennuksen hoito on kokonaisvaltaista. Yleensä paras tulos on saavutettu, kun on yhdistetty eri hoitomuotoja. (Pulkinen & Vesanen 2011.)

On tärkeää, että hoidossa huomioidaan myös potilaan läheiset. Hoitosuhteessa oleva hoitaja tapaa ainakin kerran perheenjäsenet hoidon aikana. Masentunutta potilasta tuetaan terapeutisesti. Rohkaistaan häntä ilmaisemaan ajatuksiaan, tunteitaan ja kokemuksiaan. Potilaan kokemus siitä että, hän tulee ymmärretyksi ja kuulluksi, antaa hänelle rohkeutta kohdata pahaolo ja omavastuu. Potilaan itsetuntoa vahvistetaan huomioimalla pienimmätkin onnistumiset. Laadullisilla kysymyksillä miten ja millainen, pyritään avaamaan erilaisia näkökulmia, mahdollisuuksia ja ajatuksia. Potilaan kanssa rakennetaan luottamuksellinen vuorovaikutussuhde, jossa viestitään kiinnostusta potilasta ja hänen elämäntilannettaan kohtaan. Potilasta arvostetaan, kun pidetään kiinni sovituista ajoista ja paikoista. (Pulkinen & Vesanen 2011.)

Vakavan masennuksen esiintyvyys on yli 64-vuotiailla miehillä noin 2 - 3 prosenttia ja naisilla 3 - 5 prosenttia. Masentunut vanhus tarvitsee aktiivista ja kannustavaa otetta hoitosuhteessa. Korkea ikä ei ole este depressiosta parantumiselle. Vanhusten masennuksen hoidossa hoidetaan somaattiset oheissairaudet tai ainakin pyritään vähentämään niiden aiheuttamaan haittaa. Potilaan psykososiaalinen tilanne ja sosiaalinen

verkosto kartoitetaan. Kun potilas on motivoitunut hoitoon, niin etenkin kognitiivisen psykoterapian avulla on saatu iäkkäiden masennuksen hoidossa hyviä tuloksia. Fy-sioterapia saattaa olla hyvä tukihoito vanhukselle konkreettisena hoitona, myös ryhmämuotoisesta vanhusten kuntosaliharjoittelusta on saatu hyviä tuloksia. (Saarela 2010.)

Suurin osa masennusta sairastavista hyötyy lääkehoidosta. Lääkityksellä pyritään aina oireiden täydelliseen korjaamiseen. Noin kaksi kolmannesta potilaasta saa selvän lääkeväesteen ja lähes puolella potilaista oireet häviävät kokonaan. Mutta vain lääkitystä hakemalla ja tarvittaessa vaihtamalla selviää, kenellä ja mikä lääke tehoaa parhaiten. Masennuslääkkeet auttavat myös fyysiseen sairauteen liittyvään masennukseen. Lääkehoidon teho riippuu aina myös muusta samanaikaisesta hoidosta. (Rytsälä 2011.)

Masennuslääkkeillä pyritään vaikuttamaan aivojen välittäjäaineiden, yleensä noradrenaliinin ja serotoniinin pitoisuuksiin. Masennuslääkkeiden vaikutus kehittyy melko hitaasti ja tavallisesti mieliala alkaa kehittyä suotuisasti vasta kolmannesta hoitoviikosta lähtien, jonka jälkeen paranemisprosessi alkaa edistyä. Masentuneen potilaan lääkahoitoa tulisi kuitenkin jatkaa useita kuukausia, jotta masennuksen uusiutumisen vaara olisi mahdollisimman pieni. Joissakin tapauksissa tarvitaan vuosia kestävästä estohoidosta. Masennuslääkkeiden ei ole näytetty aiheuttavan riippuvuutta, mutta vieroitusoireita saattaa esiintyä etenkin SSRI -lääkkeiden äkillisen lopettamisen yhteydessä. SSRI-lääkkeet kuuluvat masennuslääkkeisiin ja sisältävät lääkeainetta, joka vaikuttaa keskushermostoon, ne kuuluvat selektiivisen serotoniinin takaisinoton estäjiin (Pulkkinen & Vesanen 2012).

Vieroitusoireita voivat olla esimerkiksi huimaus, vapina, ahdistuneisuus, pahoinvointi tai sydämen tykyttely. Jotta vieroitusoireita voitaisiin välttää tai vähentää, tulisi lääkitys lopettaa vähitellen, ei äkillisesti. Lääkkeen yliannostusriskin vähentämisen takia hoidon alussa potilaalle pyritään määräämään pienin mahdollinen lääkemäärä. (Nurminen 2008, 276.)

Masennuslääkeryhmiä ovat selektiiviset serotoniin takaisinoton estäjät eli SSRI -lääkkeet, MAO:n estäjät, trisykliset masennuslääkkeet sekä ryhmä muita masennuslääkkeitä johon kuuluvat muun muassa mianseriini, mirtatsapiini ja tratsodoni. SSRI -lääkkeet lisäävät aivojen serotoniinin vaikutusta. MAO:n estäjät kuuluvat masennuslääkkeisiin ja estävät monoamiinioksidaasi-nimisen entsyymin toimintaa ja kes-

kushermoston noraadrenaliinin ja serotoniinin hajoamista. Trisyklisten masennuslääkkeiden väsyttävää vaikutusta voidaan hyödyntää potilailla jotka kärsivät unihäiriöistä tai ahdistuneisuudesta, ja tällöin ei tarvita erillistä unilääkettä. (Nurminen 2008, 276–279.)

Psykoterapian tavoitteena on saada potilas selviämään masennuksesta ja sen avulla palauttamaan potilaan toimintakyky (Aho ym. 2009). Psykoterapiassa pyritään vaikuttamaan masennusta ylläpitäviin mielikuviin, ajattelumalleihin, tunne-elämään, minäkäsitykseen sekä toimintatapoihin (Depressio 2010). Psykoterapiaa käytetään tavanomaisesti lievissä ja keskivaikeissa masennustiloissa (Isometsä 2009). Lyhytpsykoterapian muotoja ovat kognitiivinen, interpersonaalinen ja psykodynaaminen lyhytpsykoterapia. Lievissä masennustiloissa voidaan joidenkin potilaiden hoidossa soveltaa myös ongelmanratkaisuterapiaa tai ratkaisu- ja voimavarakeskeistä terapiaa. Lyhytterapiat voivat kestää yhdestä käyntikerrasta noin 20–30 käyntikertaan. Käyntejä on yleensä kerran viikossa ja ne kestävät noin 45 minuuttia kerrallaan. Pitkäkestoiset terapiat jatkuvat vuosia ja niissä käydään yleensä 2 - 3 kertaa viikossa. Pitkäkestoista psykodynaamista terapiaa tai kognitiivista psykoterapiaa suositellaan potilaille, joille lyhytterapian katsotaan olevan riittämätön. Näin saatetaan toimia tapauksissa, jossa potilaan ongelmat ovat ilmeisen monimuotoisia tai potilaan soveltuvuus lyhytterapiaan on huono. (Aho ym. 2009.)

Tulosten saavuttaminen edellyttää, että potilas on sitoutunut ja motivoitunut viikoittaiseen, säännölliseen työskentelyyn. Lisäksi psykoterapian saatavuus vaihtelee eri puolilla Suomea ja täten aiheuttaa ongelmia paranemisprosessille. (Isometsä 2009.)

Sähköhoito on yhtä tehokas hoitomuoto kuin lääkehoito tai jopa tehokkaampi. Sähköhoito tulee kyseeseen vaikeissa tai psykoottisissa depressioissa, tilanteissa, joissa potilaan lääkehoito ei ole tehonnut, sekä tilanteissa, joissa potilas on välittömässä itsemurhavaarassa. Hoitoa annetaan psykiatrisen sairaalahoidon yhteydessä, ja ennen hoitoa potilas nukutetaan. (Isometsä 2009; Depressio 2010.)

Kirkasvalohoidolla on saatu hyviä tuloksia etenkin kaamosmasennuksen hoidossa. Hoidon aikana potilaille annetaan kirkasvaloa 2 500 luksin teholla 30–60 minuuttia. Hoidon tehoa voidaan arvioida noin viikko hoitajakson jälkeen. (Isometsä.)

3. TYÖKYKY JA SEN ARVIOINTI

Työkyky on olennainen toimintakyvyn alue. Fyysinen, psyykkinen ja sosiaalinen toimintakyky muodostavat yhdessä työkyvyn perustan (Tjäder 2012). Toimintakyky on esitietoihin ja kliinisiin havaintoihin perustuva arvio siitä, kuinka potilas selviytyy jokapäiväisen arjen vaatimuksista (Heilä 2011). Koettu terveys on henkilön oma arvio omasta terveydentilastaan, joka on vahvasti sidoksissa koettuun työkykyyn. Työterveyslaitoksen tekemän Työ- ja haastattelututkimuksien (2010) mukaan koettu terveydentila ja työkyky eivät ole muuttuneet vuosina 1997–2009. Reilut kaksi kolmas osaa arvioi oman terveytensä ikätovereihinsa verrattuna erittäin tai melko hyväksi. Jokin lääkärin toteama pitkäaikainen sairaus tai vamma oli vuonna 2009 noin kolmasosalla kaikista työssäkäyvistä ja joka seitsemännellä oli jokin työtä haittaava pitkäaikais sairaus. Yleisimpiä näistä pitkäaikais sairauksista olivat tuki- ja liikuntaelin sairaudet. Koettu työkyky oli vuonna 2009 suomalaisella väestöllä 8,3 (asteikolla 0 - 10). Valtaosa koki työkykynsä hyväksi työn ruumiillisten vaatimusten suhteen, sekä samoin työn henkisten vaatimusten osalta. (Mäkinen ym. 2010.)

Työpaikoilla voidaan edistää työkykyä ja terveellisiä elämäntapoja ja terveellisiä elintapoja monin eri tavoin. Henkilökohtaiset valinnat vaikuttavat niin omaan, työkaverien kuin läheistenkin hyvinvointiin. (Elintavat ja hyvinvointi 2011.) Terveyden edistäminen työpaikalla on työntekijöiden, työnantajien ja yhteiskunnan yhteistyötä työssäkäyvien terveyden ja hyvinvoinnin parantamiseksi. Tämä perustuu moniammatilliseen yhteistyöhön ja on menestyksellistä vain, jos kaikki osapuolet ovat motivoituneita ja sitoutuneita yhteisen tavoitteen saavuttamiseen. Terveyttä edistävä työpaikka on sellainen jossa edistetään työtä, työympäristöä ja työyhteisöä. Työpaikalla kannustetaan työntekijöitä aktiiviseen osallistumiseen ja rohkaistaan henkilöstöä kehittämään itseään. Terveyden ja hyvinvoinnin edistämiseen kannatta panostaa, koska se on organisaatiolle kilpailuvaltti. Terveyden edistäminen on kokonaisvaltaista ja laaja-alaista, jossa toiminta kohdistuu henkilöstöön, työympäristöön, työyhteisöön, työprosesseihin tai johtamiseen. (Terveyden edistäminen työpaikalla 2011.)

Suomalaisen väestön työkykyä heikentäviä tekijöitä ovat liian vähäinen liikunnan harrastaminen, epäterveellinen ruokavalio, tupakointi ja liiallinen alkoholinkäyttö sekä mielenterveysongelmat. Kaikki nämä ovat yhteydessä useisiin kansansairauksiin ja aiheuttavat ennen aikaisia kuolemia. Näiden edellä mainittujen asioiden kehittämiseen

tulisi Suomessa ja Euroopassa panostaa, jotta tulevaisuudessa olisi riittävästi työkykyistä työvoimaa.(Elintavat ja hyvinvointi 2011.)

Tuija Rönholmin (1998) mukaan työkykyyn vaikuttavat koettu terveys, liikunnan harrastaminen, tupakointi, työn kuormitus, joka voi olla niin fyysistä että psyykkistä, sekä ammatillinen osaaminen. Työkyky on yksi toimintakyvyn oleellinen osa-alue. Työkyvyttömyysetuudet perustuvat jonkin sairauden aiheuttamaan toimintakyvyn alenemiseen, minkä arvioinnissa lääketieteellinen tieto on välttämätöntä. Toimintakyky on esitietoihin, kliinisiin havaintoihin ja muihin tutkimuslöydöksiin perustuva arvio siitä, kuinka henkilö selviytyy päivittäisistä toiminnoista. Toimintakyvyn arvioinnissa huomioidaan oireiden yhteys toimintakyvyn rajoitteisiin. Työkyvyn arviointia varten selvitetään sairauden tai sairauksien vaikutus toimintakykyyn ja sen riittävyys työn vaatimuksiin. Arvioinnissa huomioidaan ikä, sukupuoli, ammatti, koulutus, perhesuhteet, henkilön sosiaalinen verkosto, kotipaikkasidonnaisuus, työllisyystilanne ja ajan-kohtaiset elämänmuutokset (Heilä 2011.)

Terveys 2000-tutkimuksen mukaan valtaosa 18–29 - vuotiaista nuorista arvioi itsensä täysin työkykyiseksi ja neljä prosenttia osittain työkyvyttömäksi ja puoli prosenttia täysin työkyvyttömäksi. Lähes kaikki kokopäivä- tai osa-aikatoissa olleet nuoret arvioivat itsensä täysin työkykyisiksi. Sen sijaan työttömänä tai lomautettuna olleet nuoret kokivat työkykynsä muita huonommaksi. Lisäksi kotityötä tekevät naiset arvioivat työkykynsä huonommaksi kuin ansiotyössä olevat tai opiskelijat. Alle 25-vuotiaista lähes 94 % arvioi ruumiillisen ja henkisen työkyvyn melko tai erittäin hyväksi, kun taas 25–29-vuotiaat arvioivat henkisen ja ruumiillisen työkyvyn jonkin verran huonommaksi.

Nuoret aikuiset pitävät itseään hyvin työkykyisinä. Heidän arviot omasta työkyvystään ovat paremmat kuin 30 vuotta täyttäneiden arviot. Nuorten aikuisten joukossa on kuitenkin ryhmiä, joiden työkyky on huonompi kuin muiden, ja näin he ovat vaarassa syrjäytyä työelämästä kokonaan. Tällaisia ryhmiä ovat esimerkiksi nuoret työttömät ja korkeintaan perusasteen koulutuksen saaneet. Näiden ryhmien työkyvyn edistämiseen tulisi panostaa enemmän tulevaisuudessa. (Terveys 2000 - tutkimus 2005.)

Työ tukee mielenterveyttä tuomalla arkipäivään mielekkyyttä ja tukemalla osallisuutta, lausunto työkyvyttömyyseläkkeestä saattaa edistää syrjäytymistä (Kristian Wahlbeck 2011). Nuori sukupolvi painottaa vanhempia ikäluokkia enemmän työn sosiaali-

sia näkökulmia: viihtyisää työympäristöä, mukavia työkavereita ja mahdollisuuksia luoda uusia suhteita sosiaalisiin verkostoihin. Vanhemmille tärkeämpiä asioita ovat haastavat työtehtävät, itsenäisyys hoitaa oma työkenttä sekä työn vaativuutta vastaava palkka. (Nuoret jäsenemme työelämässä 2010.)

Akavan erityisalojen 2010 tehdyn selvityksen mukaan Akavan alle 30-vuotiaat jäsenet lataavat työelämälle enemmän odotuksia ja merkityksiä, kuin heitä vanhemmat. Noin 40 prosenttia vastaajista oli sitä mieltä, että ansiotyöllä on suuri merkitys ammatillisen ja koulutuksellisen identiteetin rakentajana ja säilyttäjänä. Nuoret pitävät myös vanhempia ikäryhmiä enemmän ansiotyötä mahdollisuutena sosiaaliseen yhdessäoloon ja sosiaalisten verkostojen luomiseen. Työhön sisältyy vahva sosiaalinen ja hyvän itsetunnon kokemiseen vaikuttava merkitys palkka. (Nuoret jäsenemme työelämässä 2010.)

Nuoren aikuisen elämäntilanteessa mielenterveyshäiriöt voivat olla hyvinkin vahingoittavia (Mielenterveys- ja päihdehäiriöt yleisiä nuorilla aikuisilla). Nuorten aikuissten siirtyessä työelämään on hallitsevana osana epävarmuus. Epävarmuutta saattaa aiheuttaa jatkuvat lyhytaikaiset sijaisuudet tai vähäinen työkokemus. Projektiluontoiset työt lisääntyvät, vaativat laaja-alaisuutta sekä erikoisosaamista omalla osaamisalueella. Nuorten on oltava valmiita muutoksiin, työtehtävien vaihtumiseen sekä oman roolin muuttamiseen. Aktiivinen itsensä kehittäminen ja omien taitojen päivittäminen on isossa osassa nykyisessä työelämässä. (Työelämän haasteet.) Työuupumusta esiintyy todennäköisimmin työuran varhaisvaiheessa, sillä vanhemmilla työntekijöillä saattaa olla nuorempia realistisemmat odotukset työelämästä ja heillä on usein paremmat selvitysmiskeinot (Kanste 2006, 163).

Psykkisen sairauden aiheuttama toimintakyvyn aleneminen on aina yksilöllistä, ja siihen vaikuttavat myös monet muut psykososiaaliset tekijät. Työkyky pyritään aina palauttamaan kuntoutuksella ja hoidolla. Psykiatrisessa työkyvyn arvioinnissa mitataan psykkisen sairauden aiheuttamaan työkyvyn alenemaa sekä sitä, minkä verran henkilöllä on työkykyä jäljellä ja millaiset ovat henkilön kuntoutumisedellytykset. Kun potilaan työkyky on sairauden johdosta uhattuna, niin silloin laaja-alainen psykiatrinen arvio on tärkeä. Arvio voidaan toteuttaa polikliinisesti, jolloin henkilö käy useilla arviokäynneillä 1 - 3 kuukauden aikana. Arvio voidaan tehdä myös päiväosas-

tolla, joka kestää noin 2-3 viikkoa, mutta todella harvoin tarvitaan tarkkailua osastolosuhteissa. (Heilä 2011.)

Psyykkiseen työkyvyn arviointiin kuuluvat: psykiatrin kliiniset haastattelut, psykologin tutkimus, sosiaalityöntekijän selvitys, sekä terveydenhoitohenkilökunnan arvio sairaalolosuhteissa. Tarvittaessa henkilölle voidaan tehdä lisäksi neuropsykologinen tutkimus, selvitys potilaan perhetilanteesta sekä toimintaterapeutin arvio. (Heilä 2011.)

Masennuksen yleisyys on kansanterveydellinen ongelma ja masennusperäisten työkyvyttömyyseläkkeiden määrä on kansantaloudellinen ongelma. Lähes puolet noin 45 % työkyvyttömyyseläkeläisistä on jäänyt työelämästä pois mielenterveydellisin perustein. Noin 60 % uusissa työkyvyttömyyseläkkeissä, jotka on pantu käytäntöön mielenterveydellisistä syistä, on syynä mielialahäiriö, naisten ja iäkkäämpien ryhmässä vielä enemmän. On arvioitu, että noin 12 000 mielenterveysperustein työkyvyttömyyseläkkeellä olevaa suomalaista toivoisi ainekin osittaista paluuta takaisin työelämään. (Wahlbeck 2011.)

Suomessa voidaan myöntää työkyvyttömyyseläkettä 16–64-vuotiaille henkilöille. Henkilölle voidaan myöntää työkyvyttömyyseläkettä, jos hän on kykenemätön vian, vamman tai sairauden takia tekemään työtään tai siihen verrattavaa työtä. Yli 60-vuotiailla henkilöillä oikeus työkyvyttömyyteen myönnetään lievemmin perustein kuin nuoremmille, ja tällöin painotetaan erityisesti työkyvyttömyyden ammatillista luonnetta. Tavallisesti oikeus eläkkeeseen myönnetään sairaspäivärahauden jälkeen, eli silloin kun potilas on saanut 300 päivältä sairaspäivärahaa. Jos hakijan työkyky on alentunut kahdella viidesosalla, voidaan hänelle myöntää osittaista työkyvyttömyyseläkettä. Kun määräaikainen työkyvyttömyyseläke muuttuu kuntoutustueksi, niin potilaalle tehdään kuntoutussuunnitelma. (Eläkettä hakeva potilas 2012.)

4. PSYKKISET VAIKEUDET OPISKELUISSA JA TYÖELÄMÄSSÄ

Liisa Kiviniemen (2008) väitöskirjan Psykiatrisessa hoidossa olleenuoren aikuisen kokemuksia elämästään ja elämää eteenpäin vievistä asioista mukaan opiskelun tai työssäkäynnin merkitys oli psykiatrisessa hoidossa olleen nuoren aikuisen tulevaisuuden kannalta pääosin tärkeä. Opiskelu ja työssäkäynti olivat asioita joilla nuori pysyisi aktiivisena yhteiskunnan osallisena. Tutkimuksessa kuvastui myös opiskelu- tai työ-

paikan merkitys paikkana tutustua uusiin ihmisiin, vaikkakin tutkittavilla oli epävarmuutta opiskeluissa tai työelämässä selviytymisestä. Työpaikan ihmissuhteet näyttäytyivät tärkeinä, mutta toisaalta suhdetta työkavereihin leimasi etäisyys ja varovaisuus. Opiskelu- ja työympäristöt eivät olleet ilmapiireiltään avoimia, jota ilmensi esimerkiksi psyykkiseen sairauteen ja psykiatriseen hoitoon liittyvä salailu.

Osa Kiviniemen (2008) tutkimuksen nuorista aikuisista ei ollut mukana työelämässä eikä opiskellut. Heillä kuntouttavat ja toiminnalliset mielenterveyspalvelut auttoivat pääsyä säännölliseen päivärutmiin ja tätä kautta hyvän olon tuntemuksiin. Näissä toteutui parhaimmillaan vertaistuki sekä ryhmiin, että kahdenkeskisiin vuorovaikutuksiin liittyneenä. Tärkeä osallistumismotivaatiota lisäävä seikka olivat toiset asiakkaat ja aktiivinen henkilökunta.

Lähiyhteisöt, kuten perhe, ystävät ja suku ovat tärkeitä elämänvaiheen rakennetekijöitä joihin nuori on suhteessa. Usein tärkein nuoren lähiyhteisöistä on perhe, vaikka sen kasvatuserkitys on vähentynyt. Lapsuuden perheen rooli on kaksijakoinen nuoren ja nuoren aikuisen elämässä. Toisaalta perhe on tuen ja turvan antaja, mutta toisaalta nuoren aikuisen on otettava etäisyyttä perheestään itsenäistyäkseen. Kokemus perheen pysyvyydestä ja yhtenäisyydestä on yhteydessä nuoren tyytyväisyyteen, kun taas perheen hajanaisuus yhdistyy pahan olon tuntemuksiin. Perhe voi olla nuorelle tuki, mahdollistaja tai keskustelija, mutta toisaalta se voi olla myös rajoittava, painostava tai kriitikko. Nuoren kehittymisen kannalta kaikki roolit ovat tärkeitä. Kaveripiirin tärkeys korostuu nuoruusiässä. Tukea antavilla ja toimivilla kaverisuhteilla on todettu olevan yhteys masennuksen ja alkoholin käytön ehkäisemiseen. (Kiviniemi 2008, 25.)

5. KIRJALLISUUSKATSAUS

5.1. Systemaattinen kirjallisuuskatsaus ja sen vaiheet

Tämä tutkimus on toteutettu systemaattisena kirjallisuuskatsauksena. Kirjallisuuskatsausten avulla on mahdollista hahmottaa jo olemassa olevien tutkimusten kokonaisuutta. Kokoamalla yhteen keskitetysti tiettyyn aiheeseen liittyviä tutkimuksia saadaan muun muassa kuva siitä, miten paljon tutkimustietoa on jo olemassa ja millaista tutkimus sisällöllisesti ja menetelmällisesti on. Systemaattisen kirjallisuuskatsauksen tar-

koitus vaikuttaa olennaisesti siihen sisällytettävään tutkimusaineistoon. Kirjallisuuskatsauksella voidaan tarkoittaa laajaa kokonaisuutta, mutta myös jo kahden tutkimuksen yhteiskäsittelyä voidaan kutsua kirjallisuuskatsaukseksi. (Johansson 2007, 3.)

Systemaattisen kirjallisuuskatsauksen tavoitteita ovat estää aineiston valikoitumisesta aiheutuva harha, antaa kullekin tutkimukselle sen ansaitsema arvo sekä hyödyntää tehokkaasti jo olemassa olevia tutkimustuloksia (Metsämuuronen 2001, 22). Salmisen (2001) mukaan kirjallisuuskatsauksessa on tiivistettyä tietoa tietyistä aihepiirin relevanteista tutkimuksista. Kirjallisuuskatsaus on siis tiivistelmä haetusta tiedosta, jossa on keskeisiä tuloksia ja johtopäätelmiä valitusta aiheesta. Systemaattinen kirjallisuuskatsaus on sekundaaritutkimus, joka rakentuu olemassa olevista ja tarkasti valituista tutkimuksista (Johansson 2007, 4).

Systemaattisen kirjallisuuskatsauksen mahdollisuutena on löytää tutkimustuloksia, jotka ovat laadukkaasti tutkittuja. Koska systemaattinen kirjallisuuskatsaus on tehty tiettyinä ajanjaksona ja tietyistä tutkimuksista, niin on sitä päivitettävä tutkimustulosten paikkaansa pitävyyden takia. Systemaattinen kirjallisuuskatsaus voi sisältää 7 - 9 eri vaihetta, mutta nämä eri vaiheet voidaan myös vähentää kolmeen eri vaiheeseen. Nämä vaiheet ovat: katsauksen suunnittelu, katsauksen tekeminen ja siihen liittyvät haut sekä katsauksen raportointi. (Johansson 2007, 4 - 5.)

5.2. Tutkimussuunnitelma

Ensimmäisessä eli suunnitteluvaiheessa käytiin läpi aikaisempia tutkimuksia aiheesta ja määriteltiin katsauksen tarpeellisuus. Suunnitteluvaiheessa tehtiin myös tutkimussuunnitelma, jossa määriteltiin tutkimuskysymykset. Tutkimuskysymyksiä muodostamisen jälkeen alettiin tehdä alkuperäistutkimusten koehakuja ja tämän perusteella valittiin tietokannat, joiden avulla tiedonhaku toteutettiin. Mahdollisimman kattavan tiedonhaun saavuttamiseksi tuli tiedonhaussa käyttää sähköisen tiedonhaun lisäksi myös manuaalista hakua. Tutkimuksen valintaa varten muodostettiin tarkat sisäänotto- ja poissulkukriteerit, jotka voivat kohdistuivat tutkimuksen kohdejoukkoon sekä alkuperäistutkimusten laatuun ja luotettavuuteen. (Johansson 2007, 6.)

Työn toisessa vaiheessa edettiin tutkimussuunnitelman mukaisesti, hankkimalla ja valikoimalla katsaukseen sopivia alkuperäistutkimuksia. Tutkimustulokset analysoitiin sisällön analyysin keinoin. Kolmannessa eli viimeisessä vaiheessa raportoitiin tutkimustulokset. Tutkimustulosten perusteella pystyttiin tekemään johtopäätöksiä nuorten aikuisten masennuksesta ja sen aiheuttamista ongelmista opiskelu- ja työelämässä. Tarkka ja selkeä kirjaaminen oli kaikissa vaiheissa tärkeää, jotta tulosten relevanttius voidaan todistaa ja myöhemmin voidaan mahdollistaa kirjallisuuskatsauksen toistaminen onnistuneesti. (Johansson 2007, 6-7.)

5.3. Tutkimuskysymykset ja niiden määrittäminen

Tutkimuskysymyksiä sai olla yhdestä kolmeen ja niiden tuli olla selkeitä (Johansson ym. 2007, 6). Tutkimuksen alussa ideoitiin useampia tutkimuskysymyksiä ja näistä muodostui lopulta kaksi tutkimuskysymystä. Systemaattisen kirjallisuuskatsauksen tutkimussuunnitelmasta ilmenevät tutkimuskysymykset. Ne saivat olla joko vapaasti muotoiltuja tai strukturoituja. Tutkimuskysymyksissä määritettiin ja rajattiin ne asiat, mihin kirjallisuuskatsauksella pyrittiin vastaamaan. Tutkimuskysymyksillä pyrittiin siis määrittelemään nuorten aikuisten masennukseen johtavia riskitekijöitä sekä masennuksen aiheuttavia ongelmia opiskelu- tai työelämässä. Perusta tutkimuskysymyksille on saatu aikaisemmasta aiheesta hankitusta tiedosta eli teoriaosasta, joka on tehty ennen varsinaisten tutkimuskysymysten asettamista. Tältä perustalta nousivat tutkimuskysymysten ontologiset ja epistemologiset lähtökohdat. (Kääriäinen & Lahtinen 2006, 39–40.)

Alkuperäistutkimusten valintaa varten muodostettiin tarkat sisäänotto- ja poissulkukriteerit, jotka kohdistuivat tutkimuksen kohdejoukkoon sekä alkuperäistutkimusten luotettavuuteen ja laatuun. Olemassaolevien alkuperäistutkimusten laadun arviointi oli tärkeä osa kirjallisuuskatsauksen tekoa ja tutkimuksen laatukriteeristöt olivat tässä vaiheessa tärkeitä apuvälineitä systemaattisuuden takaamiseksi. (Johansson 2007, 6.)

Opinnäytetyön tutkimuskysymykset ovat:

1. Mitkä ovat opiskelevien tai työssäkäyvien nuorten aikuisten masennukseen johtavia riskitekijöitä?
2. Millaisia ongelmia masentunut nuori aikuinen saattaa kohdata opiskelu- tai työelämässä?

5.4. Tiedonhaku

Kääriäisen ja Lahtisen (2006) alkuperäistutkimusten tiedonhaun neuvoja mukaillen, tutkimuskysymyksiin perustuva alkuperäistutkimusten haku tehtiin systemaattisesti ja kattavasti. Haut kohdistetaan tutkimussuunnitelman mukaisesti niihin tietolähteisiin, joista oletettiin saatavan tutkimuksen kannalta oleellista tietoa. Jotta voitiin taata haun kattavuus, alkuperäistutkimuksia haettiin sekä sähköisesti että manuaalisesti. Manuaalisella haulla tarkoitetaan alkuperäistutkimusten etsimistä erilaisista julkaisemattomista lähteistä. (ks. Kääriäinen & Lahtinen 2006, 40–41.)

Ennen tiedonhakua piti hahmottaa mihin tarkoitukseen ja missä muodossa olevaa tekstiä tulisi löytää, sekä miten laadukasta tiedon tulisi olla. Tiedontarpeen kvantitatiivinen ja kvalitatiivinen arviointi auttoivat valitsemaan opinnäytetyöhöni sopivimmat tiedonlähteet. Internetistä vapaasti löytyvän tiedon suhteen tuli olla kriittinen, koska tiedon sisältöä ei keskitetysti valvota, niin kuin tieteellisissä tiedonlähteissä. Oikeassa hakupalvelussa on aina käyttöohjeet ja ne käytiin läpi ennen tiedonhaun aloittamista. (Tähtinen 2007, 12–13.)

Hakustrategian tarkoituksena oli tunnistaa kaikki systemaattisen kirjallisuuskatsauksen kannalta olennaiset tutkimukset. Hakuprosessi oli kirjallisuuskatsauksen onnistumisen kannalta kriittinen vaihe, koska siinä vaiheessa tehdyt virheet olisivat saattaneet johtaa katsauksen tuottamien tulosten harhaisuuteen. (Pudas-Tähkä & Axelin 2007, 49.)

Tässä opinnäytetyössä on käytetty kahta eri elektronista tietokantaa, Melindaa sekä Mediciä. Tiedonhaku tehtiin myös manuaalisesti syksyn 2012 ja kevään 2013 aikana, etsien aineistoja julkaisemattomista lähteistä. Manuaalinen tiedonhaku tuotti muuta-

mia osumia, mutta näistä yksikään ei lopulta läpäissyt sisäänotto- ja poissulkukriteereitä.

Melinda on Suomen yliopistokirjastojen yhteisluettelo. Se sisältää kansallisbibliografian ja viitetiedot Eduskunnan kirjaston, yliopistokirjastojen, Varastokirjaston ja Turun ammattikorkeakoulun tietokantoihin sisältyvistä kirjoista, aikakauslehdistä sekä kartoista, sarjoista, visuaalisesta aineistosta, elektronisesta aineistosta ja arkistoista. Melinda sisältää lisäksi tiedot ammattikorkeakoulujen kirjastojen, maakuntakirjastojen ja erikoiskirjastojen aikakauslehdistä. Melinda ei sisällä tietoja yksittäisistä aikakauslehtiartikkeleista. Kattavimmin kotimaisten kirjojen tiedot ovat 1900-luvun alusta alkaen, ennen 1980-lukua painettujen ulkomaisten kirjojen tietoja on vaihtelevasti. (Tähtinen 2007, 29.)

Medic on kotimainen terveystieteellinen tietokanta, jota Terveystieteiden kirjasto on tuottanut jo vuodesta 1978 lähtien. Medic sisältää viitteitä suomalaisesta lääke-, hammas- ja hoitotieteellisestä kirjallisuudesta. Tietokannassa on noin 92 000 viitettä 70 terveystieteen julkaisusta ja noin 4500 uutta liitettä lisätään vuodessa. Viitteet sisältävät julkaisutietojen lisäksi englanninkieliset MeSH-asiasanat, joiden avulla kuvaillaan julkaisujen keskeinen sisältö. Medicissä on tarjolla kokotekstilinkki, jos aineisto on saatavilla verkossa sähköisessä muodossa. Medicin aloitussivulla on lisätietoja ja käyttöohjeet, sekä linkki asiasanastoon, jolla voi suomenkielisillä sanoilla etsiä tiedonhakuun MeSH-asiasanoja ja suorittaa hakuja. (Tähtinen 2007, 29–30.)

Koehakujen jälkeen toteutettiin varsinainen tiedonhaku kahdesta elektronisesta tietokannasta. Hakusanat perustuivat tutkimuskysymyksiin ja koehauista saatuihin tuloksiin. Tietokannoista Melinda osottautui tuottavammaksi näistä kahdesta. Tiedonhaussa saatujen hakutulosten lukumäärät kirjattiin tietokannoittain taulukoihin (taulukko 1 ja taulukko 2).

Taulukko 2. Hakutulokset taulukoituna ja yhteenlaskettuina ensimmäiseen tutkimuskysymykseen: Mitkä ovat työssä käyvien tai opiskelevien nuorten aikuisten masennukseen johtavia riskitekijöitä?

Hakusana	Hakutulokset, Melinda	Hakutulokset, Medic	Hakutulokset yhteensä
masen? riskitekij? masen* AND riskitekij*	32	50	82
masen?altist? masen* AND altist*	5	9	14
depress? young? depress* AND young*	85	21	106
depress? risk? depress* AND risk*	109	73	182
	231	153	384

Taulukko 3. Hakutulokset taulukoituna ja yhteenlaskettuina toiseen tutkimuskysymykseen: Millaisia ongelmia masennus saattaa aiheuttaa masentuneelle nuorelle aikuiselle opiskelu- tai työelämässä?

Hakusana	Hakutulokset, Melinda	Hakutulokset, Medic	Hakutulokset yhteensä
masen? haast? työ? masen* AND haast* AND työ*	23	12	35
nuor? aikui? masen? nuor* AND aikui* AND masen*	23	37	60
haast? masen? haast* AND masen*	32	87	119
masen? työ? masen* AND työ*	455	154	609
depress? young adult? depress* AND young adult*	33	63	96
	566	353	919

5.5. Alkuperäistutkimusten valinta

Systemaattiseen kirjallisuuskatsaukseen mukaan otettaville tutkimuksille määriteltiin tarkat sisäänottokriteerit. Näillä tarkoitetaan mitä edellytyksiä mukaan otettavilla alkuperäistutkimuksilla on oltava. Sisäänottokriteerit perustuivat määriteltyihin tutkimuskysymyksiin, jotka määriteltiin ennen valintaa. Kysymyksissä voitiin esimerkiksi rajata alkuperäistutkimuksien lähtökohtia, tutkimusmenetelmää- ja kohdetta, tuloksia sekä tutkimuksen laatutekijöitä. Sisäänottokriteerien toimivuutta testattiin muutamilla sattumanvaraisesti valituilla alkuperäistutkimuksilla. (ks. Kääriäinen & Lahtinen 2006, 41.)

Erityistä huomiota kiinnitettiin subjektiiviseen valikoitumisharhan minimoimiseen systemaattisen kirjallisuuskatsauksen alkuperäistutkimusten valinnassa. Tämä tarkoittaa sitä, että valittiin mahdollisimman tarkkaan ne tutkimukset jotka olivat tutkimuskysymysten kannalta relevantteja. Kirjallisuuskatsaukseen valitut alkuperäistutkimukset valikoituivat sillä perusteella vastasivatko ne asetettuja sisäänottokriteereitä. Vastavuutta tarkasteltiin portaittain, kaikista alkuperäistutkimuksista luettiin otsikko ja näiden perusteella valittiin ne, jotka vastasivat sisäänottokriteereitä. Jos nämä ei tullut otsikoista selville, niin tehtiin valinta sitten abstractin tai koko alkuperäistutkimuksen perusteella. Jos yhdestä alkuperäistutkimuksesta oli olemassa enemmän kuin yksi julkaisu, valittiin näistä se kattavin. Tällä pyrittiin välttämään toistojulkaisemisharhaa. Kuten kirjallisuuskatsauksen muissakin vaiheissa, myös tässä, on kirjattu jokaisen vaiheen yhteydessä hyväksytyjen ja hylättyjen alkuperäistutkimusten lukumäärä. (ks. Kääriäinen & Lahtinen 2006, 41.)

Sisäänottokriteerit:

1. Tiivistelmästä tulee käydä ilmi, että se käsittelee nuorten aikuisten masennusta ja sen yhteyttä opiskelu- tai työelämään.
2. Opinnäytetyöhöni otetaan mukaan julkaisuja jotka ovat julkaistu vuosina 2000–2012.
3. Mukaan otettavien alkuperäistutkimusten otos tulee olla 17–45-vuotiaat.
4. Mukaan otetaan suomenkielisiä ja englanninkielisiä väitöskirjoja, tieteellisiä alkuperäistutkimuksia ja tieteellisiä artikkeleita.
5. Jos sama tutkimus löytyy useampaan kertaan, otetaan niistä kattavin mukaan ja vain yhden kerran.

Tiedonhaun jälkeen hakutuloksista valittiin hyväksytyt ja hylätyt alkuperäistutkimukset edellä mainittujen sisäänottokriteerien perusteella. Hyväksytyt ja hylätyt alkuperäistutkimukset on kirjattu taulukoihin 4 ja 5 tietokannoittain. Ensimmäiseen tutkimuskysymykseen karsiutui 4 alkuperäistutkimusta ja toiseen tutkimukseen karsiutui 12 alkuperäistutkimusta.

Taulukko 4. Hyväksytyt ja hylätyt alkuperäistutkimukset taulukoituna. Ensimmäinen tutkimuskysymys.

Hakusanat	Hylätyt/ hyväksytyt, Melinda	Hylätyt/ hyväksytyt, Medic	Hylätyt yhteensä	Hyväksytyt yhteensä
masen? riskitekij? masen* AND riskitekij*	30/2	50/0	80	2
masen?altist? masen* AND altist*	5/0	9/0	14	0
depress? young? depress* AND young*	84/1	21/0	105	1
depress? risk? depress* AND risk*	108/1	73/0	181	1
	227/4	153/0	380	<u>4</u>

Taulukko 5. Hyväksytyt ja hylätyt alkuperäistutkimukset taulukoituna. Toinen tutkimuskysymys.

Hakusanat	Hylätyt/ hyväksytyt, Melinda	Hylätyt/ hyväksytyt, Medic	Hylätyt yhteensä	Hyväksytyt yhteensä
masen? haast? työ? masen* AND haast* AND työ*	23/0	11/1	34	1
nuor? aikui? masen?nuor* AND aikui* AND masen*	22/1	36/1	58	2
haast? masen? haast* AND masen*	31/1	87/0	118	1
masen? työ? masen* AND työ*	451/4	152/2	603	6
depress? young adult? depress* AND young* adult*	32/1	62/1	94	2
	559/7	348/5	907	<u>12</u>

Tietokantahakujen ja päällekkäisyyksien karsimisen jälkeen tutkimukseen valikoitui yhteensä 16 alkuperäistutkimusta. Kolme tutkimusta karsiutui vielä pois, kun alkuperäistutkimukset oli luettu usempaan kertaan läpi. Jäljelle jäi siis 13 tutkimusta. Taulukoissa 6 ja 7 on eritelty hakusanat sekä hyväksytyt alkuperäistutkimukset tietokannoittain.

Taulukko 6. Valitut alkuperäistutkimukset ja hakusanat tietokannoittain. Ensimmäinen tutkimuskysymys.

Hakusanat	Tietokanta	Tutkimus
masen? riskitekij? masen* AND riskitekij*	Melinda Medic	-Jokela (2007) -
masen?altist? masen* AND altist*	Melinda Medic	- -
depress? young? depress* AND young*	Melinda Medic	-Castaneda (2010) -
depress? risk? depress* AND risk*	Melinda Medic	-Herva (2007) -

Taulukko 7. Valitut alkuperäistutkimukset ja hakusanat tietokannoittain. Toinen tutkimuskysymys.

Hakusanat	Tietokanta	Tutkimus
masen? haast? työ? masen* AND haast* AND työ*	Melinda Medic	- -Taimela ym. (2007)
nuor? ikui? masen?nuor* AND ikui* AND masen*	Melinda Medic	-Haarasilta (2003) -Lind ym.(2011)
haast? masen? haast* AND masen*	Melinda Medic	-Kiviniemi (2008) -
masen? työ? masen* AND työ*	Melinda Medic	-Myllykangas (2009), Oksanen (2009) -Sinokki (2011), Ahola ym.(2009)
depress? young adult? depress* AND young adult*	Melinda Medic	-Aalto-Setälä (2002) -Gyllenberg (2012)

Taulukkoon 8 on kirjattu valittujen alkuperäistutkimusten tekijät, julkaisu vuosi, tutkimusten tarkoitus ja tavoitteet, tutkimuksen otos ja menetelmä, tutkimuksen keskeiset tulokset sekä alkuperäistutkimuksen laadun arviointi ylös.

Taulukko 8. Tutkimustaulukko

Tekijä(t), tutkimus ja vuosi	Tutkimuksen tarkoitus ja tavoitteet	Tutkimuksen otos ja menetelmät	Tutkimuksen keskeiset tulokset	Laadun arviointi
Herva Anne 2007 Depression in Association with Birth Weight, Age at Menarche, Obesity and Metabolic Syndrome in Young Adults The Northern Finland 1966 Birth. Väitöskirja	Tutkimuksen tavoitteena oli tutkia masennusta selvittäen onko syntymäpainolla, menarkeiällä, lihavuudella ja metabolisella oireyhtymällä yhteyttä masennukseen vuoden 1966 pohjois-suomen syntymäkohorttiaineistossa.	Tutkimusaineistoon kuului alunperin 12058 elävänä syntynyttä lasta. Tutkittavien ollessa 14-vuotiaita tehtiin seurantakysely ja 31-vuotiaana heille tehtiin seurantakysely sekä kliininen tutkimus.	Korkea menarkeikä, korkea syntymäpaino, nuoruusiän lihavuus ja painonnousu osoittivat lisäävän masennusriskiä 31-vuotiailla naisilla. Samanikäisillä miehillä keskivartalolihavuus sekä nuoruusiän lihavuus olivat yhteydessä suurentuneeseen masennusrisktiin.	+ otos on laaja
Castaneda Anu 2010 Cognitive functioning in Young Adults with Depression, Anxiety Disorders or Burnout Symptoms Väitöskirja	Tutkimuksessa kartoitettiin kognitiivista toimintakykyä yksisuuntaista masennusta sekä ahdistuneisuushäiriötä sairastaneilla nuorilla aikuisilla terveisiin verrokkeihin nähden.	Tutkimuksessa tutkittiin kielellistä ja visuaalista lyhytkestoista muistia, kielellistä pitkäkestoista muistia ja oppimista, tarkkaavaisuutta, toiminnanohjausta, psykomotorista toiminnanohjausta sekä verbaalista älykkyyttä. Väestöpohjaisessa otoksessa oli mukana 21–35 vuotiaita nuoria aikuisia.	Masennus- tai ahdistuneisuushäiriötä sairastavilla nuorilla aikuisilla ei näyttänyt olevan merkittäviä kognitiivisia vaikeuksia terveisiin verrokkeihin nähden.	+ työn alussa on tehty kattava katsaus tutkittavasta aiheesta
Liisa Kiviniemi 2008	Tutkimuksessa pyrittiin kuvaamaan	Haastateltavana oli 12 henkilöä, joilla oli takanaan	Haastateltavien henkilöiden elämää eteenpäin vievät asiat	+ useita haastat-

Psykiatrisessa hoidossa olleen nuoren aikuisen kokemuksia elämästään ja elämää eteenpäin vievistä asioista Väitöskirja	ja ymmärtämään 18–35-vuotiaan nuoren aikuisen kokemuksia elämästä ja elämää eteenpäin vievistä asioista. Tutkimus on eksistentisen fenomenologinen, jossa korostuu kokemusten yksilökohtaisuus.	nuoruusikään ajoittunut avo- tai osastohoitajakso. Vuosina 1998 ja 1999 haastateltiin kuutta 18–24-vuotiaasta henkilöä ja vuosina 2004 & 2006 haastateltiin kuutta 27–35-vuotiaasta nuorta aikuista.	ja tulevaisuuteen liittyvät toiveet liittyivät terveyteen, työhön, opiskeluun, itsenäistymiseen sekä seurusteluun.	teluker- toja
Haarasilta Linnea 2003 Major depressive in Adolescents and Young Adults- a Nationwide Epidemiological Survey among 15-24-years old Väitöskirja	Tutkimuksessa tutkittiin vakavan masennuksen esiintyvyyden yleisyyttä, alkoholin ja tupakan käyttöä, somaattista sairastamista sekä terveyspalveluiden käyttöä.	Väestörekisteristä valittiin satunnaisotoksella indeksihenkilö, jonka kotitalouteen kuuluvat 15–79-vuotiaat henkilöt haastateltiin. Tutkimukseen osallistui 86 % (n=3614) otokseen tulleista 4200 kotitaloudesta. Tutkimuksessa tarkasteltiin 15–19-vuotiaiden nuorten sekä 20–24-vuotiaiden nuorten aikuisten ryhmiä.	Tutkimuksesta kävi ilmi, että 20–24-vuotiailla masennusta ilmeni edellisen vuoden aikana 9,4 %. Suurin osa eli 77,9 % koki, että masennus vaikutti merkittävästi toimintakykyyn.	+korkea osallistumisprosentti +edustava otos iän, sukupuolen ja asuinalueen suhteen ja tulokset ovat yleistettävissä suomalaisväestöön
Jokela Markus 2007 On the Environmental Genetics of Depressive Symptoms: Focus on Two Serotonergic Gens Väitöskirja	Tutkimuksessa pyrittiin selvittämään ovatko htr2a- ja tph1-geenit yhteydessä siihen, kuinka erilaiset tekijät vaikuttavat masentuneisuuden ja tähän liittyvän temperamentin kehittymiseen.	Osallistujia oli kaksi satunnaisesti valittua ryhmää n=1246 ja n=343. Lapsen ympäristötekijät arvioitiin osallistujien ollessa 3-18 -vuotiaita ja kahdeksan vuotta tämän jälkeen. Aikuisiän ympäristötekijät, sekä masentuneisuus ja temperamentti arvioitiin henkilöiden ollessa 21–39-vuotiaita.	Tutkimus osoitti, että htr2a- ja tph1-geenit voivat vaikuttaa masentuneisuuden ja temperamentin kehitykseen muualla ihmisten herkkyyttä lapsuuden ja aikuisuuden ympäristötekijöitä kohtaan.	+ympäristötekijöitä on tutkittu luotettavasti -tutkittaessa geenejä toisessa ryhmässä oli enemmän tutkittavia
Aalto-Setälä Terhi 2002 Depressive Disorders among Young Adults Väitöskirja	Tutkimuksessa on arvioitu mielen-terveyshäiriöistä erityisesti masennuksen esiintyvyyttä suomalaisten nuorten aikuisten keskuudessa sekä kartoitettu mielen-terveys-palvelujen tarvetta ja käyttöä.	Tutkimus on osa Kansanterveyslaitoksen mielen-terveyden ja alkoholitutkimuksen osastolla tehtyä seurantatutkimusta. Perusvaihe toteutettiin kyselylomakkein kymmenessä helsinkiläisessä ja jyvaskyläläisessä lukiossa. Seurantavaiheessa 20-24-vuotiaille tutkittaville lähetettiin uusi kysely ja vastausten perusteella kutsuttiin psykiatriseen haastatteluun (n=245).	Jokin ajankohtainen mielen-terveyden häiriö todettiin noin 25 %. Tutkimus osoitti myös, että nuoruusvaiheessa koetulla masennusoireilulla oli huomattava ennustemerkitys varhaisaikuisuuden mielen-terveydelle.	+tutkimuksessa käytettiin kahta eri haastattelumenetelmää
Gyllenberg David 2012 Childhood Predictors of Later Psychotropic Medication Use and Psychiatric Hospital Treatment Väitöskirja	Väitöskirja on osa Finnish Nationwide 1981 Birth Cohort-monikeskustutkimusta. Kaikista 1981 syntyneistä ja vuonna 1989 elossa olevista otettiin edustava otos. Kahdeksan vuoden iässä tietoa kerättiin kyselylomakkeella (n=5817). Seurantavaiheessa (n=5525) kerättiin tietoa psykiatrisen sairaalahoidon käytöstä ikävuosina 12–25.	Tarkoituksena oli tutkia psykiatrisen käytön kumulatiivista ilmaantumista 12–25-vuotiailla. Ja selvittää kahdeksan vuoden iässä tekijöitä, jotka ennustavat psykiatrisen käytön ja psykiatrisen sairaalahoidon 12–25-vuotiaana.	25 vuoden ikään mennessä joka seitsemäs oli käyttänyt psykiatrisia lääkkeitä ja psykiatrisen sairaalahoidon olivat yhteydessä 8-vuotiaana ilmoitettuihin psyykkisiin oireisiin.	+ laaja otos – tytöillä ja pojilla olisi voinut käyttää eri kriteereitä
Tuula Oksanen 2009 Workplace Social Capital and Employee Health Väitöskirja	Tutkimuksessa selvitettiin työyhteisön sosiaalisen pääoman ja kuntatyöntekijöiden terveyden välistä yhteyttä.	Vuosina 2000–2002 kyselyyn vastasi 48592 kuntatyöntekijää. Seurantatutkimukseen osallistui heistä 77 % vuosina 2004-2005.	Jatkuvasti vähenevä tai vähäinen yksilön pääomallisesti riskiä niillä kuntatyöntekijöillä, jotka eivät vaihtaneet työpaikkaa neljän vuoden seurantatutkimuksen aikana ja jotka tunsivat oman	+ kattava otos + hyvä osallistumisprosentti

			terveytensä hyväksi seurannan alussa.	
Marjo Sinokki 2011 Social Factors at Work and The Health of Employees Sosiaali- ja terveysturvan tutkimus	Tutkimuksessa tutkittiin sosiaalisen tuen ja työilmapiirin yhteyttä työntekijöiden terveyteen.	Sosiaalisen tuen ja työilmapiirin yhteyttä työssä käyvien (n = 3 347–3 430) terveyteen tutkittiin terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen terveys 2000 -aineistossa. Sosiaalista tukea työssä mitattiin jcq-kyselyllä ja yksityiselämän sosiaalista tukea ssq-kyselyllä Työilmapiiriä mitattiin kyselyllä, joka on osa terve työyhteisö -kyselyä. Mielenterveyshäiriöiden diagnoosit perustuvat cidi-haastatteluun Tiedot lääkärin määräämistä masennus- ja unilääkkeistä otettiin Kelan lääkerekisteristä ja tiedot työkyvyttömyyseläkkeistä Eläketurvakeskusten ja Kelan rekistereistä.	Vähäinen sosiaalinen tuki työssä, että yksityiselämässä oli yhteydessä masennukseen, ahdistuneisuushäiriöihin ja uniongelmiin. Huono työilmapiiri oli yhteydessä sekä masennukseen että ahdistuneisuushäiriöihin.	+tutkimuksessa ei ollut ennakkokäsityksiä -masennuslääkkeiden käytön tiedoissa oli päällekkäisyyksiä
Anne Myllykangas 2009 Mikä auttaa masennuksessa? Sosiaalinen tuki nuorten mielen-terveys asiakkaiden selvitysmistarinoiden näkökulmasta Pro gradu	Selvitettiin sosiaalisen tuen merkitystä masennuksesta selviytymisessä.	Otoksena olivat 18–21-vuotiaat nuoret joilla oli diagnosoitu masennus. Menetelmänä oli nuorten itse kirjoittamat selviytymistarinat, joissa he kirjoittivat saamastaan tuesta ja sen merkityksestä heille. Kvalitatiivinen tutkimus.	Erityisen merkityksellisiä olivat informatiivinen, aineellinen sekä toiminnallinen tuki. Sosiaalinen tuki auttaa nuoria selviytymään masennuksesta mutta tukea tulisi olla tarjolla jo aiempaa aikaisemmin	– suppea otos
Kirsi Ahola, Marianna Virtanen, Teija Honkonen, Erkki Isometsä, Arpo Aromaa & Jouko Lönnqvist 2009 Sairauspoissaolot masennushäiriöiden yhteydessä Tieteellinen artikkeli	Kelan korvaamien sairauspäiväraha-kauden yleisyyttä ja niihin yhteydessä olevia tekijöitä selvitettiin väestöaineistosta työntekijöillä, joilla oli jokin masennusoireyhtymä.	Tutkimukseen osallistujat (n = 409) tutkittiin cidi-mielenterveyshaastattelun, kliinisen lääkärintarkastuksen, haastattelun ja kyselytutkimuksen avulla. Korvatut sairauspäivät yli 9 arkipäivää kestäneiltä poissaolojaksoilta kerättiin Kelan rekistereistä vuosilta 2000–2001.	Masennushäiriöstä kärsivistä 29 % oli vähintään yksi sairauspäivärahakausi. Ikä, työnantaja, työsuhteen pysyvyys, somaattinen terveys ja näkemys työkyvyn kehittymisestä olivat Yhteydessä sairauspoissaolon todennäköisyyteen masennushäiriön yhteydessä.	+ edustava väestöotos + hyvä osallistumisaktiivisuus -alaryhmien pieni koko
Lind Jouko, Tuulio-Henriksson Annamari & Autti-rämö ilona 2011 Kuntoutus parantaa työikäisten masennuspotilaiden työkykyä Tieteellinen artikkeli	Tarkoituksena on selvittää kuntoutujan keskeisten sosio-demografisten tekijöiden, kuntoutusta edeltäneen terveydentilan sekä kuntoutuksen merkitystä vuoden 2006 työmarkkinaaktiivisuuteen.	Tutkimus toteutettiin seurantalututkimuksena. Otoksena oli 3665 henkilöä, jotka kuntoutukseen hakiessa olivat 16–60-vuotiaita ja joilla kuntoutus-hakemuksen pää-Diagnoosi oli masennus.	Masennuspotilaat, jotka olivat kuntoutukseen hakiessa työelämässä tai opiskelemissa olivat työmarkkinoilla usein aktiivisia kolme vuotta kuntoutuksen jälkeen. Aktiivien osuus oli kuntoutukseen hakeutuessa suurin ikäluokassa 25–34 ja niin sanotuissa henkisen työn ammateissa.	-rekisteritutkimuksissa on usein rekisterin sisällöstä aiheutuvia menetelmällisiä ongelmia
Taimela Simo, Mäkelä Kari, Justen Selina & Schugk Jan 2007 Masennusoireisten seulonta ja oireisten työntekijöiden hoitonojhaus	Tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää masennusoireiden yleisyyttä, merkitystä ja taustatekijöitä vakituksessa työsuhteessa olevilta henkilöiltä yhdellä työpaikalla.	Terveyskyselyyn osallistuneiden (n=2808) henkilöiden joukosta valittiin ne vastaaja joiden depressiivisyys oli yli 11. Heille lähetettiin vastaukset terveyskyselystä ja kehoitettiin varaamaan aika työterveyshuollosta. Analyysimenetelmänä käytettiin ristiintau-	Masennusoireita esiintyi 6,2 %. Masennusoireisilla oli paljon sairauspoissaoloja ja muita terveysongelmia. He myös käyttivät työterveyshuollon palveluja runsaasti muutenkin, kuin mielenterveysyssiä.	+osallistumisprosentti oli tyydyttävä + tulokset ovat yleistettäviä – osa masentuneista oli saattanut jäädä

työterveys- huollossa Tieteellinen artikkeli		lukoiteja.		huomiotta
---	--	------------	--	-----------

5.6. Laadun arviointi

Systemaattisessa kirjallisuuskatsauksessa kiinnitettiin huomiota alkuperäistutkimuksen laatuun, tätä kautta pyrittiin lisäämään tutkimuksen luotettavuutta. Laadulle määritettiin peruskriteerit jo tutkimussuunnitelmassa sekä tutkimuskysymyksissä. Kriteereitä tarkennettiin vielä kuitenkin ennen lopullista alkuperäistutkimusten valintaa. Laatu-kriteerit voivat vaihdella tutkimuskysymysten ja tutkimustarkoituksen mukaan. Laadussa kiinnitettiin huomiota alukeperäistutkimuksen ja siinä käytettyjen menetelmien laatuun, sovellettavuuteen ja käyttöön. Esimerkiksi laadullisen tutkimuksen laatu-kriteereitä ovat tutkimuksen epistemologisten ja ontologisten lähtökohtien, sekä menetelmien valinnan avoin ja selkeä erittely. (Kääriäinen & Lahtinen 2006, 41–43.)

Systemaattiseen kirjallisuuskatsaukseen hyväksytyjen alkuperäistutkimusten loppulinen määrä saatiin vasta, kun alkuperäistutkimukset oli valittu ja niiden laatu oli arvioitu. Näiden perusteella valitut alkuperäistutkimukset muodostivat aineiston, jota alettiin analysoida. Aineiston analysoinnin sekä tulosten esittämisen tarkoituksena oli vastata mahdollisimman kattavasti ja objektiivisesti, mutta myös selkeästi asetettuihin tutkimuskysymyksiin. Objektiivisuudella tarkoitetaan viittaamista tämän taustan ja tulkinnan väliseen johdonmukaisuuteen sekä kaikkien tulosten systemaattiseen esittämiseen. Analyysissä kiinnitettiin huomiota myös alkuperäistutkimuksen sisällöllisiin kysymyksiin ja niiden laatuun. (Kääriäinen & Lahtinen 2006, 43.)

Metsämuuronen (2001) on kirjassaan Metodologian perusteet ihmistieteissä luokitellut tutkimustyyppit niiden painoarvon mukaiseen järjestykseen. Suurilla satunnaistetuilla sekä kontrolloiduilla kokeilla on suurin painoarvo. Pienin painoarvo on yksittäisellä tapaustutkimuksella. Hoitotyön tutkimuksessa on jopa suotavaa pyrkiä satunnaisesti kontrolloituihin koeasetelmiin.

Taulukko 8. Tutkimustyyppit niiden painoarvon mukaisessa järjestyksessä

1.	Suuret satunnaistetut ja kontrolloidut kokeet
2.	Pienet satunnaistetut ja kontrolloidut kokeet
3.	Ei-satunnaistetut tutkimukset, joissa kontrolliryhmä
4.	Ei-satunnaistetut tutkimukset, joissa historiallinen kontrolliryhmä
5.	Kohorttitutkimus
6.	Tapaus-kontrollitutkimus
7.	Poikittaistutkimus
8.	Rekisteritutkimus
9.	Sarja tapauksia
10.	Yksittäinen tapaustutkimus

5.7. Sisällön analyysi ja tulosten esittäminen

Sisällön analyysi on kuin väline, jolla voidaan analysoida dokumentteja systemaattisesti ja objektiivisesti. Se on tapa järjestää, kuvailla ja määrittää tutkittavaa ilmiötä. Sisällön analyysillä pyritään saamaan kuvaus tutkittavasta ilmiöstä yleisessä ja tiivistetyssä muodossa. Sisällön analyysissä voidaan edetä kahdella eri tavalla. Lähtien aineistosta eli induktiivisesti tai jostain aikaisemmasta käsitejärjestelmästä eli deduktiivisesti. (Kynäs & Vanhanen 1999, 4 - 5.)

Induktiivisessa sisällönanalyysissä analyysiprosessi kuvataan aineiston pelkistämisenä, ryhmittelynä ja abstrahointina. Pelkistäminen on aineiston ilmaisujen koodaamista jotka liittyvät tutkimustehtävään. Ryhmitellessä aineistoa tutkija yhdistää pelkistetyistä ilmaisuista ne asiat, jotka näyttävät kuuluvan yhteen. Abstrahoinnissa muodostetaan yleiskäsitteiden avulla kuvaus tutkimuskohteesta. (Kynäs & Vanhanen 1999, 4 - 5.)

Deduktiivisessä sisällön analyysissä voidaan käyttää valmista viitekehystä, jonka avulla aineistoa analysoidaan. Deduktiivista sisällön analyysiä voi ohjata käsitekartta, teema tai malli, joka perustuu aikaisempaan tietoon. Tämän aikaisemman tiedon varassa tehdään analyysirunko, johon sisällöllisesti sopivia asioita etsitään aineistosta. Analyysirunko saa olla väljä, jolloin sen sisälle muodostetaan aineistosta kategorioita

noudattaen induktiivisen sisällön analyysin periaatteita. (Kyngäs & Vanhanen 1999, 5 - 7.)

Tässä opinnäytetyössä käytettiin ensimmäisessä tutkimuskysymyksessä deduktiivista sisällön analyysia. Siihen käytettiin valmista viitekehystä, analyysirunkoa, jonka avulla pystyttiin analysoimaan aineistoa. Analyysirunko vastaa siis teoriaosassa esiteltyä taulukkoa masennukseen johtavista riskitekijöistä. Viitekehys saatiin teoriaosasta, jossa oli taulukoituna masennukseen johtavia riskitekijöitä. Toista tutkimuskysymystä käsiteltiin induktiivisesti, eli tutkimuksista poimituista ilmaisuista ryhmiteltiin asiat, jotka tuntuivat kuuluvan yhteen. Sitten ilmaukset abstrahoitettiin pelkistettyihin ilmauksiin ja alakategorioihin.

5.8. Luotettavuus

Systemaattisen kirjallisuuskatsauksen luotettavuutta on kritisoitu jo tietokantojen epäyhtenäisen indeksoinnin vuoksi, mikä vaikeuttaa olennaisten alkuperäistutkimusten löytämistä. Julkaisemattomien lähteiden tavoittaminen ja toistojulkaisujen alkuperäistutkimusten tavoittaminen saattaa ilmaantua ongelmalliseksi, tässä tutkimuksessa ongelma otettiin huomioon ja pyrittiin näin lisäämään tutkimuksen luotettavuutta. (Kääriäinen & Lahtinen 2006, 43.)

Kääriäisen ja Lahtisen (2006) mukaan myös luotettavuutta saattaa horjuttaa myös alkuperäistutkimusten vaihteleva laatu, tähän tutkimukseen valitut alkuperäistutkimukset on otettu mukaan vain jos ne täyttivät asetetut sissinottokriteerit. Systemaattisen kirjallisuuskatsauksen toteuttaminen edellyttääkin sen teoreettisten perusteiden tuntemista ja niiden kriittistä arviointia. Näin käytettynä systemaattinen kirjallisuuskatsaus on osoitettu olevan pätevimpiä ja luotettavimpia keinoja yhdistää olemassa olevaa tietoa. (Kääriäinen & Lahtinen 2006, 46.)

Tutkimukseen valikoitui kahdeksan väitöskirjaa, sosiaali- ja terveysturvan tutkimus, pro gradu-tutkielma sekä kolme tieteellistä artikkelia. Metsämuuronen (2001) on kirjassaan Metodologian perusteet ihmistieteissä todennut, että liseniaattityö, väitöskirja, tieteellinen artikkeli sekä oppi- ja käsikirjat ovat luotettavia lähteitä. Luotettavuutta lisää se, että tutkimuksessa tiedonhaku on toteutettu tarkasti ja systemaattisesti.

Tämän opinnäytetyön tekijä on osallistunut Kymenlaakson ammattikorkeakoulun kirjaston tiedonhakupöytätyöhön 27.4.2012 ja näin tutkija on saanut valmiudet oikeaoppiseen tiedonhakuun eri tietokannoista.

6. TULOKSET

Tuloksissa on analysoitu tutkimustulokset sisällön analyysin keinoin. Tämän jälkeen tutkimustulokset ovat kirjoitettu auki. Ensimmäisessä tutkimuskysymyksessä on käytetty analyysirunkoa (taulukot 9 ja 10). Toisessa tutkimuskysymyksessä tutkimustulokset on ryhmitelty pelkistettyihin ilmaisuihin ja alakategorioihin (kuva 1).

Taulukko 9. Analyysirunko masennuksen laukaisevista riskitekijöistä.

Masennuksen laukaisevat riskitekijät	Tulokset
Kielteinen elämäntapahtuma	<p>Tutkittavan psyykkiset vaikeudet alkoivat isän kuolemasta ja äidin sairastumisesta</p> <p>Traumaattinen tapahtuma lapsuudessa tai nuoruudessa, seksuaalinen hyväksikäyttö ja vanhemman kuolema/äidin sairastuminen olivat yhteydessä psyykkiseen sairastumiseen myöhemmin. Tulosten mukaan yksi nuorten traumaattisista elämäntapahtumista oli kiusaamiseksi joutuminen joka oli yhteydessä psyykkiseen sairastumiseen myöhemmällä iällä. Pitkittänyt suru voi olla taakka nuoren elämässä, lapsuudessa tai nuoruudessa koetut menetykset voivat olla alku psyykkiselle sairaudelle. Lapsuudessa koetulla väkivallalla on yhteys masennukseen. (Kiviniemi 2008 57, 69–72,74.)</p> <p>Naisilla kiusaamisen uhriksi joutuminen ennusti masennuslääkkeiden käyttöä ja psykiatrasta sairaalahoitoa myöhemmällä iällä (Gyllenberg 2012, 71).</p> <p>Lapsuuden akaisilla raskailla kokemuksilla tai nuoruusvuosina koetulla hankalalla perhetilanteella (vanhempien mielenterveys- ja päihdeongelmat, avioero) oli yhteys masennukseen myöhemmällä iällä (Myllykangas 2009, 77).</p>
Elämäntavat	<p>Naisten korkea painoindeksi oli yhteydessä masennukseen. Ylipaino kummallakin sukupuolella 14 vuoden iässä oli yhteydessä masennusoireisiin 31 vuotiaana. Miehillä keskivartalolihavuss oli yhteydessä masennukseen, keskivartalolihavilla ilmeni 1.67-2.64 kertaa enemmän masennusoireita kuin ei-keskivartalolihavilla miehillä. Ylipainoisilla miehillä oli 2.07 kertaa suurempi todennäköisyys saada diagnoosi masennuksesta verrattuna normaalipainoisiin. Ylipainoisilla naisilla oli puolitoista kertaa suurempi todennäköisyys masennusoireisiin kuin normaalipainoisilla</p>

	<p>naisilla. (Herva 2007 56,58,60.)</p> <p>Vanhempien päihdeongelmilla on yhteys nuorten masennukseen (Myllykangas 2009, 77).</p> <p>Vanhempien päihdeongelmat voivat aiheuttaa nuorena erilaisia tuntemuksia (esim. syyllisyyttä, häpeää) näillä on yhteys nuoren aikuisen masennukseen (Kiviniemi 2008 71).</p> <p>Naisilla säännöllinen humalajuominen oli yhteydessä masennusoireisiin. Humalajuominen 1krt/kk tai vähemmän, humalajuominen vähintään 2krt/kk sekä liikunnan puute olivat yhteydessä vakavaan masennusjaksoon (Haarasilta 2008,55–56).</p>
Alhainen koulutus- tai tulo- taso	Vanhempien alhainen koulutus ennusti psykiatrista sairaalahoitoa myöhemmällä iällä (Gyllenberg 2012, 65).
Krooniset pitkäaikaissairaudet	Naisilla allergiaoireet olivat yhteydessä masennusoireisiin. Hengitystieallergiat ja migreeni olivat yhteydessä nuorten aikuisten masennukseen. Huono arvio omasta terveydentilasta oli riskitekijä masennukseen. Lisäksi krooninen sairaus ja vakava masennusjakso olivat merkittävästi yhteydessä toisiinsa (Haarasilta 2003 55,57).
Ihmissuhteissa ilmenevät ongelmat tai läheisten ihmissuhteiden puuttuminen	<p>Vanhemman mielenterveys- ja päihdeongelmat aiheuttavat lapsessa ristiriitaisia tuntemuksia, jolloin suhde vanhemman kanssa on epätasapainoinen, tämä saattaa johtaa masennukseen myöhemmällä iällä (Myllykangas 2009,77).</p> <p>Naisilla eläminen ilman vakaata parisuhdetta oli yhteydessä korkeampiin masennusoireepisteisiin Parisuhdestatuksena naimaton tai ei avioliitossa ollut yhteydessä vakavaan masennusjaksoon. (Haarasilta 2003, 55–56.)</p> <p>Sosiaalinen tuki oli yhteydessä masennusoireisiin ikävuosina 17 ja 21 (Jokela 2007,36).</p> <p>Eläminen muiden kuin kahden biologisen vanhemman kanssa oli yhteydessä psykiatriseen sairaalahoitoon sekä masennuslääkkeiden käyttöön myöhemmällä iällä (Gyllenberg 2012, 58).</p> <p>Tutkimuksessa koettu heikoin sosiaalinen pääoma oli yhteydessä 1.3 kertaa todennäköisemmin masennuslääkkeiden käyttöön sekä 1.5 kertaa todennäköisemmin alkavaan masennukseen verrattuna korkeimmin koettuun sosiaaliseen pääomaan (Oksanen 2009,65).</p>

	<p>Vähäinen työtovereilta ja työnantajalta saatu sosiaalinen tuki töissä ja yksityiselämässä vähäinen saatu sosiaalinen tuki olivat yhteydessä masennukseen. Huono työilmapiiri oli yhteydessä masennukseen 2.1 kertaa todennäköisemmin kuin hyväksi koettu työilmapiiri (Sinokki 2011, 60).</p> <p>Haja-asutusalue alue asuinpaikkana oli yhteydessä masennusoireisiin A/A genotyyppiä kantavalla henkilöllä (Jokela 2007, 42).</p>
Pitkäaikainen stressi	-
Muut mielenterveyshäiriöt	Tutkimuksessa todettiin, että suurimmalla osalla masentuneista oli jokin samanaikainen mielenterveydenhäiriö. Samanaikaissairastaminen oli yhteydessä vakavampaan häiriöön, kuin jos tutkittavalla todettiin yksinomaan masennus. (Aalto-Setälä 2002, 76.)

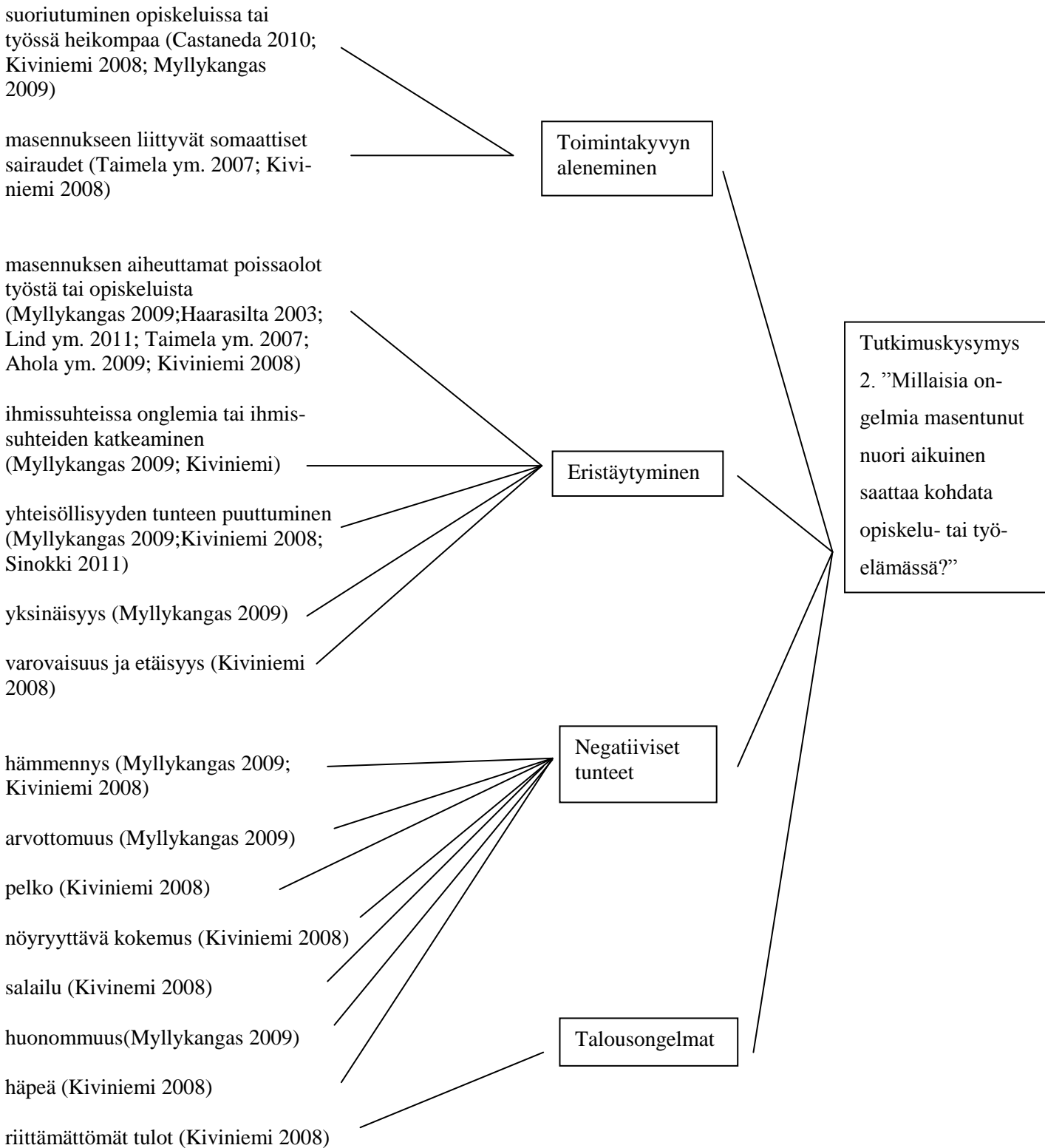
Taulukko 10. Analyysirunko pidempiaikaisesta yksilöllisestä alttiudesta masennukseen.

Pidempiaikainen yksilöllinen alttius masennukseen	Tulokset
Perinnöllinen alttius	<p>Tutkimustuloksista kävi ilmi, että naisilla oli suurentunut riski sairastua masennukseen kun syntymäpaino oli 4,5kg tai yli. Naisilla joilla kuukautiset alkoivat 16-vuotiaana tai myöhemmin oli suurempi riski sairastua masennukseen 31-vuotiaana kuin heillä joilla kuukautiset alkoivat nuorempaana. Alipainoisina syntyneillä miehillä oli suurentunut riski masennusoireisiin 31 vuoden iässä kuin heillä jotka olivat normaalipainoisia syntyessään. (Herva 2007, 49,54,58.)</p> <p>Maaseutu tai harvaanasuttu alue asuinpaikkana oli yhteydessä masennusoireisiin A/A genotyyppiä kantavalla henkilöllä (Jokela 2007, 42).</p> <p>Vanhempien mielenterveys- ja päihdeongelmat ovat yhteydessä nuoren aikuisen masennukseen (Myllykangas 2009, 77).</p>

	<p>Vanhemman psyykkinen sairastuminen on riskitekijä lapsen psyykkiselle sairastumiselle joko lapsuudessa tai myöhemmässä elämänvaiheessa (Kiviniemi 2008,71).</p>
<p>Minäkuvan vääristyneisyys, itsetunnon ongelmat</p>	<p>Vanhempien mielenterveys- ja päihdeongelmat aiheuttavat lapsessa tai nuorella häpeän, syyllisyyden ja pelon tunteita. Nämä voivat johtaa nuoren aikuisen masennukseen. Väkivaltaisuus aiheutti tutkittavalle huonon itsetunnon → elämän vaikeuksille ja sairastumiselle altistava tekijä.(Kiviniemi 2008, 71–72.)</p>
<p>Tunne-elämän epävakaisuus</p>	<p>Hyperaktiivisuus oli yhteydessä masennuslääkkeiden käyttöön miehillä (Gyllenberg 2012, 59).</p> <p>Vanhempien mielenterveys- ja päihdeongelmat → nuori joutuu elämään perheessä jossa hän joutuu vanhempien sairauksien takia kantamaan hänelle kuulumatonta vastuuta. On vaikeaa muodostaa kiintymystä tai luottamusta tilanteessa, jossa vanhempien käytöstä leimaa ennakoimattomuus ja joilla on paljon vastakkaisia tunteita nuorta kohtaan (vrt. hellittää paljon ja hetkessä hylätään kokonaan). (Myllykangas 2009,77.)</p>
<p>Persoonallisuushäiriöt</p>	<p>-</p>

Pelkistetyt ilmaukset

Alakategoriat



Kuva 1. Toisen tutkimuskysymyksen: "Millaisia ongelmia masentunut nuori aikuinen saattaa kohdata opiskelu- tai työelämässä?" abstrahointi.

6.1. Nuoren aikuisen masennuksen riskitekijöitä

Ensimmäisen tutkimuskysymyksen tutkimustuloksista ilmeni useita nuorten aikuisten masennukseen johtavia riskitekijöitä. Niin kuin edellä on mainittu, riskitekijät taulukoitiin analyysirunkoon ja seuraavassa ne on kirjoitettu auki. Toisen tutkimuskysymyksen tutkimustuloksista kävi ilmi ongelmia, joita nuoret aikuiset kohtasivat opiskelu- tai työelämässä. Tulokset ovat edellä ryhmitelty pelkistettyihin ilmauksiin ja alakategorioihin. Tämän jälkeen ne kirjoitettiin auki.

Anne Myllykankaan (2009) tutkimuksesta kävi ilmi, että tutkittavilla oli ollut raskaita lapsuuden aikaisia kokemuksia ja nuoruudessa tutkittavat olivat eläneet vaikeassa perhetilanteessa, esimerkiksi vanhempien mielenterveys- ja päihdeongelmien vuoksi. Nämä asiat olivat yhteydessä nuoren aikuisen masennukseen. Samankaltaisen tuloksen sai myös Liisa Kiviniemi (2008) tutkimuksessaan Psykiatrisessa hoidossa olleen nuoren aikuisen kokemuksia elämästään ja elämää eteenpäin vievistä asioista.

Kiviniemen (2008) tutkimuksessa todettiin, että nuorten psyykkisten sairauksien juuret ovat usein lapsuudessa. Esimerkiksi isän kuolema tai äidin sairastuminen olivat riskitekijöitä nuoren aikuisen masennukseen. Lapsuudessa koetut menetykset aiheuttivat pitkittynyttä surua, jonka todettiin olevan yhteydessä masennusoireisiin myöhemmällä iällä.

Seksuaalinen hyväksikäyttö kuuluu kielteisiin elämäntapahtumiin ja näin saattaa altistaa masennukselle myöhemmällä iällä. Lisäksi väkivaltaisuus lapsuudessa aiheuttaa uhrille alhaisen itsetunnon, joka on elämän vaikeuksille ja sairauksille altistava tekijä. (Kiviniemi 2008, 69–73.)

Traumaattinen ja kielteinen elämäntapahtuma oli kiusatuksi tuleminen, joka tutkimuksen mukaan oli yhteydessä psyykkiseen sairastumiseen. Samoin todettiin David Gyllenbergin (2012) tutkimuksessa, jossa kävi ilmi, että naisilla kiusaamisen uhriksi joutuminen ennusti masennuslääkkeiden käyttöä sekä psykiatrista sairaalahoitoa myöhemmällä iällä.

Naisilla korkea painoindeksi oli yhteydessä masennukseen, kun taas miehillä masennukseen oli yhteydessä keskivartalolihavuus. Keskivartalolihavilla miehillä ilmeni 1.67–2.64 kertaa todennäköisemmin enemmän masennusoireita kuin ei-

keskivartalolihavilla miehillä. Ylipaino naisilla että miehillä 14 vuoden iässä oli yhteydessä masennusoireisiin 31 vuoden iässä. Ylipainoisilla naisilla oli puoltoista kertaa suurempi todennäköisyys masennusoireisiin kuin normaalipainoisilla naisilla. (Herva 2007, 56, 58, 60.)

Linnea Haarasillan (2003) tutkimuksesta kävi ilmi, että etenkin naisilla säännöllinen humalajuominen oli yhteydessä masennuksen korkeampiin oirepisteisiin. Lisäksi humalaan juominen kerran kuukaudessa tai vähemmän tai humalaan juominen vähintään kaksi kertaa kuukaudessa olivat yhteydessä vakavaan masennusjaksoon.

Vanhempien humalajuominen, alkoholi- ja päihdeongelmat olivat riskitekijöitä lapsen masennukseen varhaisaikuisuudessa (Myllykangas 2009, 77; Kiviniemi 2008, 71). Vanhempien alhainen koulutus oli yhteydessä lapsen masennukseen myöhemmällä iällä sukupuolesta riippumatta (Gyllenberg 2012, 65).

Hengitystieallergiat ja migreeni olivat yhteydessä nuorten aikuisten masennukseen, krooninen sairaus ja vakava masennusjakso olivat merkittävästi yhteydessä toisiinsa. Huono arvio omasta terveydentilasta oli yhteydessä masennukseen (Haarasilta 2003, 55, 57).

Vanhemman mielenterveys- tai päihdeongelma on vaikuttanut lapsen ja vanhemman väliseen vuorovaikutusuhteeseen niin, että lapsi on joutunut elämään tilanteessa jossa hänen on vaikea muodostaa kiintymystä ja luottamusta omaan vanhempaansa kohtaan koska tämän käytöstä leimaa ennakoimattomuus ja jolla on paljon vastakkaisia tunteita lastaan kohtaan. Mielenterveys- tai päihdeongelmasta kärsivä vanhempi saattaa näyttää ensin hellyyden tunteita mutta toisessa hetkessä hän halveksii lastaan. Vaikeat perhesuhteet ovat riskitekijöitä masennukseen. (Myllykangas 2009, 77.)

Sosiaalinen tuki oli yhteydessä masennusoireisiin ikävuosina 17 ja 21. Lisäksi syrjä- tai masseutu asuinpaikkana oli yhteydessä masennusoireisiin, joskin vain A/A genotyyppiä kantavalla yksilöllä. (Jokela 2007, 36, 42.)

Naisilla eläminen ilman vakaata parisuhdetta oli yhteydessä masennusoireisiin (Haarasilta 2003, 55–56). Eläminen muiden kuin kahden biologisen vanhemman kanssa ennusti sairalahoittoa psykiatrisen diagnoosin perusteella sekä masennuslääkkeiden käyttöä myöhemmällä iällä sukupuolesta riippumatta (Gullenberg 2012, 59, 65).

Tuula Oksasen (2009) tutkimuksessa todettiin työpaikan sosiaalisen pääoman olevan yhteydessä masennukseen. Tutkimuksessa toteutetun seurannan aikana yksilötasolla heikoin koettu sosiaalinen pääoma oli yhteydessä 1,3 kertaa todennäköisemmin masennuslääkkeiden käyttöön ja puolitoista kertaa todennäköisemmin itseraportoituun alkavaan masennukseen verrattuna korkeimmin koettuun sosiaaliseen pääomaan.

Oksasen tutkimustuloksia tukee myös Marjo Sinokin tutkimus (2011), jossa todettiin vähäisen työtovereilta ja työnantajalta saadun sosiaalisen tuen töissä ja vähäisen sosiaalisen yksityiselämässä saadun tuen olleen yhteydessä masennukseen. Huonoksi koettu työilmapiiri oli yhteydessä masennukseen 2,1 kertaa todennäköisemmin kuin hyväksi koettu työilmapiiri.

Suurimmalla osalla masennuksesta kärsivistä todettiin jokin muu samanaikainen mielenterveyshäiriö (Aalto-Setälä 2002, 76). Niin Myllykankaan (2009) kuin Kiviniemenkin (2008) tutkimuksessa tuli ilmi, että vanhempien mielenterveysongelmat ovat riskitekijöitä nuorten aikuisten masennukseen.

Naisilla oli suurentunut riski sairastua masennukseen 31 -vuotiaina kun syntymäpaino ylitti 4,5 kilograammaa tai jos kuukautiset alkoivat vasta 16 vuoden iässä tai myöhemmin. Miehillä alipainoisena syntyminen oli yhteydessä masennusoireisiin 31 vuoden iässä verrattuna normaalipainoisina syntyneisiin miehiin. (Herva 2007, 49, 54, 58.) Markus Jokelan tutkimus (2007) osoitti, että asuminen syrjäseudulla oli yhteydessä masennusoireisiin.

Vanhemman mielenterveys- ja päihdeongelmat voivat aiheuttaa lapsessa tai nuoressa negatiivisia tunteita, kuten häpeää ja syyllisyyttä omasta sairaudesta tai vanhemman menettämisestä, nämä voivat johtaa masennukseen myöhemmällä iällä. Väkivaltaisuus aiheuttaa uhrille alhaisen itsetunnon, joka altistaa elämän vaikeuksille ja sairauksille (Kiviniemi 2008, 71–72.)

Miehillä hyperaktiivisuus oli yhteydessä masennuslääkkeiden käyttöön (Gullenberg 2012, 59). Vanhempien mielenterveys- ja päihdeongelmat aiheuttavat lapsille ristiriitaisia tunteita ja vuorovaikutus lapsen ja vanhemman välillä saattaa olla epävakaata, tämä on nuorelle aikuiselle riski sairastua masennukseen (Myllykangas 2009,77).

6.2. Masentuneiden nuorten aikuisten kohtaamia ongelmia

Masennus on monisyinen sairaus ja sen oireet ovat monimuotoisia, alentunut toimintakyky tuo lisää vaikeuksia arkipäivän elämään. Masennus aiheuttaa jokapäiväistä elämää rajoittavia tekijöitä kuten jaksamattomuutta ja keskittymiskyvyn puutetta. (Myllykangas 2009, 77–78; Kiviniemi 2008, 76.)

Anu Castanedan (2010) tutkimuksessa kävi ilmi, että masentuneilla tutkittavilla oli havaittavissa lievästi heikompi suoriutuminen yhdessä kielellisen oppimisen muuttujassa. Masennusoireista kärsivillä esiintyi myös paljon muita terveysongelmia kuten merkittävää kipua 14 tutkittavalla, tuki- ja liikuntaelinongelmista aiheutuvaa merkittävää haittaa 41 tutkittavalla, vakavaa unettomuutta 51 tutkittavalla, yli kahden tunnin koettua univajetta 59 tutkittavalla sekä päiväaikaisen vireystilan heikkenemää eri yhdistelminä 31 tutkittavalla. Työkykynsä tulevaisuudessa koki uhatuksi 69 eli 40 % mielialahäiriöistä kärsivistä. (Taimela, Mäkelä, Justen & Schugk 2007, 4205.)

Masennus aiheuttaa usein poissaoloja opinnoista ja eristäytymistä muista. Masentuneilta puuttuu yhetsiöllisyyden tunne ja he kokevat yksinäisyyttä. Lisäksi masennuksesta johtuva jaksamattomuus saattaa johtaa eristäytymiseen koska ikätoverit eivät välttämättä jaksaa olla masentuneen tukena. (Myllyknagas 2009, 57, 77–78.)

Psykykinen sairaus oli yhteydessä kavaruussuhteiden katkeamiseen ja opiskeluiden kesken jäämiseen. Psykkiselle sairaudelle on myös tavanomaista kokemus erilaisuudesta jota myöten ihminen kokee eristäytymistä muista ihmisistä. Psykkisesti sairaiden suhde työkavereihin oli varovainen ja etäinen, sairaudesta ei haluttu puhua julkisesti koska sen ajateltiin hankaloittavan työn saantia. Psykkisesti sairas tunsu ylipäättään vaikeutta olla ihmisten parissa. (Kiviniemi 2008, 74, 76–77, 81.)

Linnea Haarasillan (2003) tutkimuksen mukaan masennusoireet olivat yhteydessä sairaspäivien määrään. Masentuneilla oli enemmän sairaspäiviä viimeisen 12 kuukauden ajalta verrattuna heihin jotka eivät sairastaneet masennusta. Saman sunnantaista tutki-

mustulosta tukevat myös Lindin ym. (2011), Taimelan ym. (2007) sekä Aholan ym. (2009) tutkimukset.

Masennusdiagnoosin saaneista miehistä 47 % ja naisista 40 % oli saanut sairauspäivärahaa vuonna 2002. Miehillä 60 päivää oli täyttynyt useammin kuin naisilla. (Lind ym. 2011, 3216.) Masennusoireisilla esiintyi merkittävästi enemmän sairauspoissaoloja kuin muilla vastaajilla, he olivat todennäköisemmin poissa töistä sekä poissaolojen määrä oli suurempi (Taimela ym. 2007, 4205). Sairauspoissaolojen todennäköisyys oli suurempi heillä, joilla oli tutkimushetkenä vähintään keskivaikeita masennuksen oireita tai jokin somaattinen sairaus ja lisäksi heillä jotka arvioivat oman tulevan työkykynsä nykyistä huonommaksi. Henkilöillä, joilla Beckin depressioasteikon perusteella oli vähintään keskivaikeita masennusoireita, oli yleisemmin sairauspoissaoloja kuin heillä joilla ei ollut ajankohtaisia masennusoireita. (Ahola ym. 2009, 3085–3086.)

Masentunut nuori koki häpeää ja huononmuutusta eikä uskaltanut tai osannut hakea apua, nuori saattoi olla hämmentynyt negatiivisista tunteistaan. Masennus aiheutti myös arvottomuuden tunnetta, nämä kaikki negatiiviset tunteet aiheuttivat rajoittavia tekijöitä jokapäiväisessä elämässä. (Myllykangas 2009, 77–78.)

Kiviniemen (2008) tutkimuksessa ilmeni pelko siitä, ettei pysty vastaamaan työelämän haasteisiin Psykkinen sairaus koettiin myös nöyryttävänä ja hämmentävänä kokemuksena. Sairautta haluttiin salailia koska sen ajateltiin vaikeuttavan työnsaantia.

Masennus aiheuttaa sairastuneelle kustannuksia sekä usein poissaoloja opiskeluista tai työstä. Tämän takia sairastunut ei kuulu yleisen opintotuen piiriin tai tulot eivät ole riittävät sairastumisen aikana. (Myllykangas 2009, 46.)

7. POHDINTA

Opinnäytetyön alussa oli laadittu kaksi tutkimuskysymystä. ”Mitkä ovat opiskelevien tai työssäkäyvien nuorten aikuisten masennukseen johtavia riskitekijöitä?” ja toinen tutkimuskysymys ”Millaisia ongelmia masentunut nuori aikuinen saattaa kohdata opiskelu- tai työelämässä?” Masennuksesta ja sen riskitekijöistä löytyi valtavasti aineistoa, mutta koska tutkimuksessa ikä oli rajattu nuoriin aikuisiin, tämä vähensi huomattavasti käytettävää aineistoa. Lopulta tutkimuksessa kuitenkin saatiin hyvin vastauksia asetettuihin tutkimuskysymyksiin.

7.1. Tuloksien tarkastelu

Tutkimuksesta kävi ilmi, että nuorten aikuisten masennus on hyvin monisyinen sairaus ja siihen johtavat tekijät ovat erilaisia ja toinen toisistaan johtuvia. Masennus on salakavala sairaus ja sen oireita on etenkin alkuvaiheessa vaikea huomata. Tämä sairaus niin kuin muutkin mielenterveyshäiriöt ovat yhteiskunnassamme leimattu tabuiksi, joita ei haluta ottaa puheeksi. Esimerkiksi masennuksesta ja mielenterveysongelmista puhuminen on kulttuurissamme kielletty asia, josta ei puhuta, mutta päihdehakuinen alkoholinkulutus on jollain tapaa hyväksytty ja suomalaiseen tapakulttuuriin kuuluva asia (Väänänen 2007, 21).

Tutkimuksista kävi ilmi, että monet masennusta sairastavat nuoret aikuiset kokivat masennuksen häpeälliseksi ja salailtavaksi asiaksi. Sen lisäksi, että masennus aiheuttaa paljon kuluja yhteiskunnalle, se aiheuttaa ongelmia niin masentuneelle itselleen kuin myös hänen lähipiirilleen. Masennuksen riskitekijöiden ja oireiden tunnistaminen varhaisessa vaiheessa auttavat suunnittelemaan ja toteuttamaan ehkäisevää mielenterveystyötä.

Niin kuin jo edellä on mainittu, masennukseen johtavia tekijöitä on monia ja ne ovat usein päällekkäisiä. Kielteinen tai traumaattinen elämäntapahtuma, elämäntavat sekä ongelmat läheisissä ihmissuhteissa olivat merkittävästi yhteydessä masennukseen. Sairausten tunnistamiseen ja hoitamiseen sekä kuntoutuspalveluihin tulisi panostaa aikaisempaa enemmän. (Taimela ym. 2007, 4206.)

Masennukseen johtavia riskitekijöitä olivat lisäksi pitkäaikaiset somaattiset sairaudet, alhainen koulutus, tunne-elämän epävakaisuus, perinnöllinen alttius, itsetunnon ongelmat ja muut samanaikaiset mielenterveyshäiriöt. Olli Kampman (2009) on artikkelissa todennut myös pitkäaikaisella stressillä, persoonallisuuden häiriöillä sekä alhaisella tulotasolla olevan yhteyttä masennukseen. Tässä opinnäytetyössä en kuitenkaan saanut vastausta näihin kolmeen riskitekijään, mutta uskon näidenkin asioiden vaikuttavan masennuksen syntyyn.

Tuloksista kävi ilmi, että perinnöllisellä alttiudella on vahva yhteys masennuksen syntymiseen. Vanhempien mielenterveys- ja päihdeongelmat ovat lapsuudessa raskas taakka ja saattavat johtaa masennuksen puhkeamiseen myöhemmällä iällä. Niin kuin Myllykankaan tutkimuksessa todettiin psyykkisen sairauden juuret ulottuvat usein

varhaislapsuuteen. Myö teoriaosa tukee väitettä jonka mukaan perinnöllinen alttius on riskitekijä masennuksen syntyyn (Depressio 2009).

Toisessa tutkimuskysymyksessäni mietin mitä haasteita nuoret aikuiset saattavat joutua kohtaamaan opiskelu- tai työelämässä. Myös tähän tutkimuskysymykseen sain täydentävästi tuloksia. Opiskelu- tai työelämää haittaavia tai vaikeuttavia asioita olivat toimintakyvyn aleneminen, eristäytyminen muista ihmisistä, negatiiviset tunteet sekä talousongelmat.

Huomattavalla osalla masennusta sairastavista oli myös muita terveysongelmia kuten tuki- ja liikuntaelin sairauksia (Taimela ym. 2007, 4205). Nämä terveysongelmat, sekä masennuksesta aiheutuva keskittymiskyvyttömyys ja jaksamattomuus aiheuttavat toimintakyvyn alenemistä (Myllykangas 2009, 78).

Sairauspoissaolojen määrä oli masentuneilla henkilöillä selvästi korkeampi kuin ei-masentuneilla henkilöillä (Taimela ym. 2007, 4206). Yhdeksi opiskelu- ja työelämän haasteeksi muodostui masentuneilla eristäytyminen. Tästä kertoivat sairauspoissaolot, yhteisöllisyyden kokemuksen puuttuminen, kokemus yksinäisyydestä sekä ihmissuhteita leimaava varovaisuus ja etäisyys. Tutkimustuloksista ilmi käyvät haasteet liittyivät nuorten aikuisten psyykkisen sairauden varhaiseen tunnistamiseen, tukemiseen ja ohjaamiseen sekä voimavarojen vahvistamiseen. (Kiviniemi 2008, 96–97.)

Negatiiviset tunteet, kuten häpeä ja huononmuuden tunne sekä talousongelmat olivat haasteita masentuneille nuorille aikuisille opiskelu- ja työelämässä. Masentuneilla tyhjyyden ja arvottomuuden tunteet ovat hyvin yleisiä. Nuoren aikuisen saattaa olla vaikea keskittyä masennuksesta toipumiseen, jos raha-asiat eivät ole kunnossa. Kun masentunut saa apua talousongelmiin, pystyy hän keskittymään paremmin masennuksesta toipumiseen. (Myllykangas 2009, 8, 23–24.)

7.2. Systemaattisen kirjallisuuskatsauksen luotettavuus ja eettisyys

Systemaattinen kirjallisuuskatsaus on tehty noudattaen tarkasti tutkimussuunnitelmaa ja kaikki vaiheet ovat kirjattu vaihe vaiheelta ylös. Alkuperäistutkimukset ovat valittu tarkkaan harkittujen sisäänotto- ja poissulkukriteerien avulla. Tarkan kirjaamisen ansiosta tutkimus on myös toistettavissa. Kuten kaikkien tutkimuksien luotettavuuteen, niin myös systemaattisen kirjallisuuskatsauksen luotettavuuteen vaikuttavat monet te-

kijät. Esimerkiksi tiedonhaun hallitseminen ja sen oikeaoppinen toteuttaminen sekä laadukkaiden ja pätevien tutkimusten karsiminen tiedonhausta saaduista alkuperäis- tutkimuksista ovat merkittäviä luotettavuuteen vaikuttavia tekijöitä. Tämä tutkimus on pyritty toteuttamaan mahdollisimman luotettavia ja laadukkaita aineistoja käyttäen.

Tieteellinen tutkimus voi olla eettisesti hyväksyttävä vain, jos se on toteutettu hyvän tieteellisen käytännön edellyttämällä tavalla. Opinnäytetyössä on noudatettu tiedeyhteisön tunnustamia toimintatapoja, jotka tarkoittavat rehellisyyttä, yleistä huolellisuutta sekä tarkuutta tutkimustyössä. Tutkimuksessa on sovellettu tieteellisen tutkimuksen kriteerien mukaisissa ja eettisesti kestäviä tutkimus-, tiedonhankinta- sekä arviointimenetelmiä tavalla. (Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausepäilyjen käsitteleminen Suomessa, 6.)

Muiden tutkijoiden työ ja saavutukset ovat kirjattu oikeaoppisesti opinnäytetyön lähdemerkintöihin sekä opinnäytetyössä on annettu muiden tutkijoiden saavutuksille riittävää arvoa ja huomiota. Lisäksi tutkimus on suunniteltu ja toteutettu tieteelliselle tiedolle asetettujen vaatimusten edellyttämällä tavalla. (Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausepäilyjen käsitteleminen Suomessa, 6.)

7.3. Johtopäätökset ja hyödynnettävyys

Nuorten aikuisten masennus on melko- jopa yllättävänkin yleinen sairaus suomalaisten nuorten aikuisten keskuudessa. Koska masennuksen oireet ovat hyvin salakavalialia ja niitä saattaa olla vaikea erottaa esimerkiksi somaattisen sairauden oireista. Niin sosiaali- ja terveydenhuollossa tulisikin panostaa enemmän ehkäisevään mielenterveys-työhön.

Masennuksesta ja sen riskitekijöistä löytyi tiedonhaussa valtavasti tietoa. Mutta koska tutkimuksessa oltiin kiinnostuneita nuorten aikuisten masennuksesta, aineistoa karsiu- tui paljon pois ja olisi ollut toivottavaa saada tutkimukseen enemmän analysoitavaa materiaalia. Teoriaosassa todettiin myös nuorten aikuisten masennuksen olevan ali- hoidettua (Masennuksen hoito 2011), tämän perusteella tulisi miettiä pitäisikö nuorten aikuisten masennusta tutkia enemmän ja laajemmin.

Niin kuin tutkimuksen tuloksista kävi ilmi, masennukseen johtavia riskitekijöitä on useita. Aina ei myöskään voida varmasti sanoa johtaako esimerkiksi jokin somaattinen

sairaus masennukseen vai aiheuttaako masennus somaattisen oheissairauden. Riskitekijöihin, jotka saattaisivat myöhemmin johtaa masennukseen, tulisi puuttua varhain, jo koulussa tai viimeistään opiskelu- tai työterveyshuollossa. Koska nuorten aikuisten elämänvaihe on monelle nuorelle haastava, tulisi heidän saada tarvittavaa tukea ja apua masennukseen tarpeeksi aikaisin. (Kiviniemi 2008, 84 - 85.)

Valitettavasti masennus on suuri yhteiskunnallinen ongelma (Tuulari 2008), joka ei todennäköisesti tule nykyajan vaatimusten keskellä vähentymään. Masennus aiheuttaa toimintakyvyn alenemista ja eristäytymistä, joka myöhemmin näkyy työkyvyttömyys-tilastoissa. (Raitasalo, Toikka, Saarijärvi & Salminen 2010.) Lisäksi masennus voi aiheuttaa taloudellisia ongelmia ja negatiivisia tunteita jotka alentavat yleistä elämänlaatua.

Tutkimustani voidaan käyttää eri sosiaali- ja terveystieteiden työyhteisöissä tiedollisena tukena tai antamaan kertausta jo saadusta aikaisemmasta tiedosta. Lisäksi opinnäytetyötä voidaan käyttää suunniteltaessa ehkäisevää mielenterveystyötä. Tutkimuksen tuloksia ja teoriaosaa voidaan käyttää hyväksi niin psykiatrisella, kuin somaattisellakin puolella, koska mielenterveyden hoitaminen kuuluu potilaan kokonaisvaltaiseen hoitoon. Mielenterveys ja sen tukeminen sekä ehkäisevä mielenterveys- ja päihdetyö ovat tänä päivänä yhä enemmän ja enemmän merkittävämmässä roolissa sosiaali- ja terveysalalla.

LÄHTEET

Aalberg, V. & Siimes, M. 2007. Lapsesta aikuiseksi. Jyväskylä: Gummerus kirjapaino Oy.

Aalto-setälä, T. 2003. Aalto-Setälä, T. 2002. Depressive disorders among young adults. Väitöskirja.

Aho, T., Isometsä, E., Mattila, M., Jousilahti, P. & Tala, T. 2009. Masennus (depressio). Käypähoidon internetsivut. Saatavissa:

<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/naytaartikkeli/.../khp00044> [Viitattu 20.4.2012].

Aho, T., Isometsä, E., Mattila, M., Jousilahti, P. & Tala, T. 2009. Käypän hoidon potilasversiot. Käypä hoidon internet sivut. Saatavissa:

<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/naytaartikkeli/.../khp00044> [Viitattu 22.3.2012].

Ahola, K., Virtanen, M., Honkonen, T., Isometsä, E., Aromaa, A. & Lönnqvist, J. Sairaushäiriöiden yhteydessä. Suomen Lääkärilehti 38/2009 vsk 64. Tieteellinen artikkeli.

Castaneda, A.2010. Masennukseen, ahdistuneisuus-häiriöön, työuupumuksen oireisiin liittyvä kognitiivinen toimintakyky nuorilla aikuisilla.. Väitöskirja. Helsingin yliopisto

Depressio. 2010. Käypä hoidon kotisivut.

<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/naytaartikkeli/tunnus/hoi50023#s10> [Viitattu 1.5.2012].

Depression tunnistaminen ja arviointi-pikatietao. 2010. Lääkärin käsikirja. Terveysportin kotisivut. Saatavissa: <http://www.terveysportti.fi.xhalax->

[ng.kyamk.fi:2048/dtk/ltk/koti?p_haku=liev%C3%A4%20masennus](http://www.kyamk.fi:2048/dtk/ltk/koti?p_haku=liev%C3%A4%20masennus) [Viitattu 22.5.2012].

Dunderfelt, T. 2011. Elämänkaaripsykologia. 14. painos. Helsinki: WSOY.

Elintavat ja hyvinvointi. 2001. Työterveyslaitoksen kotisivut. Saatavissa: http://www.ttl.fi/fi/terveys_ja_tyokyky/elintavat_ja_tyokyky/sivut/default.aspx [Viitattu 20.4.2012].

Eläkettä hakeva potilas. 2012. Terveysportin kotisivut. Lääkärin käsikirja. Saatavissa: http://www.terveysportti.fi.xhalax-ng.kyamk.fi:2048/dtk/ltk/koti?p_haku=ty%C3%B6kyky [Viitattu 2.5.2012].

Gyllenberg, D.2012. Childhood predictors of later psychotropic medication use and psychiatric hospital treatment. Väitöskirja. Helsingin yliopisto.

Haarasilta, L. 2003. Major depressive in adolescents and young adults- a nationwide epidemiological survey among 15-24-years old. Väitöskirja. Helsingin yliopisto.

Heilä, H. 2011. Lääkärin käsikirja. Saatavissa: http://www.terveysportti.fi.xhalax-ng.kyamk.fi:2048/dtk/ltk/koti?p_haku=depressio [Viitattu 21.2.2012].

Heilä, H. 2011. Psyykkisen työkyvyn arviointi. Terveysportin kotisivut. Lääkärin käsikirja. Saatavissa: http://www.terveysportti.fi.xhalax-ng.kyamk.fi:2048/dtk/ltk/koti?p_haku=ty%C3%B6kyvyn%20arviointi [Viitattu 6.5.2011].

Herva, A. 2007. Depression in association with birth weight, age at menarche, obesity and metabolic syndrome in young adults the northern Finland 1966 birth. Väitöskirja. Oulun yliopisto.

Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausepäilyjen käsitteleminen Suomessa. 2012. Tutkimuseettisen neuvottelukunnan kotisivut. Saatavissa: http://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/HTK_ohje_verkkoversio180113.pdf [Viitattu 1.4.2013].

Isometsä, E. 2009. Depressio. Lääkärin käsikirja.Saatavissa: http://www.terveysportti.fi.xhalax-ng.kyamk.fi:2048/dtk/ltk/koti?p_haku=masennus [Viitattu 22.3.2012].

Johansson, K. 2007. Kirjallisuuskatsaukset- huomio systemaattiseen kirjallisuuskatsaukseen. Teoksessa: Johansson, K., Axelin, A., Stolt, M. & Ääri, R-L (toim.) Systemaattinen kirjallisuuskatsaus ja sen tekeminen, s. 3-6.

Johansson, K., Axelin, A., Stolt, M. & Ääri, R-L (toim.) 2007. Systemaattinen kirjallisuuskatsaus ja sen tekeminen. Hoitotieteen laitoksen julkaisuja A:51/2007. Digipaino-Turun yliopisto.

Jokela, M. 2007. On the environmental genetics of depressive symptoms: Focus on two serotonergic gens. Väitöskirja. Helsingin yliopisto.

Kampman, O. Masennustilojen riskitekijät. Pohjalaiset masennustalkoot. Päivitetty 27.9.2009. Saatavissa: <http://www.masennustalkoot.fi/index.htm> [Viitattu 23.1.2013].

Kanste, O. 2006. Suomalaishoitajien työuupumus kansainvälisessä vertailussa. Hoitotiede 5/2006.

Karlsson, H. 2012. Masennus systeemisairautena. Duodecim 2012;128:622-6. Saatavissa: <http://www.terveysportti.fi.xhalax-ng.kyamk.fi:2048/xmedia/duo/duo10165.pdf> [Viitattu 22.1.2013].

Kinnunen, P. 2011. Nuoruudesta kohti aikuisuutta. Väitöskirja. Tampereen yliopisto.

Kivienimi, L. 2008. Psykiatrisessa hoidossa olleen nuoren aikuisen kokemuksia elämästään ja elämää eteenpäin vievistä asioista. Väitöskirja. Kuopion yliopisto. Saatavissa: <http://www.uku.fi/vaitokset/2008/isbn978-951-27-0809-3.pdf> [Viitattu 24.5.2012].

Kyngäs, H. & Vanhanen, L. 1999. Sisällön analyysi. Hoitotiede 1/1999.

Kääriäinen, M. & Lahtinen, M. 2006. Systemaattinen kirjallisuuskatsaus tutkimustiedon jäsentäjänä. Hoitotiede 1/2006.

Laukkanen, E. 2010. Nuorten depressio. Lääkäriin käsikirja. Saatavissa: http://www.terveysportti.fi.xhalax-ng.kyamk.fi:2048/dtk/ltk/koti?p_haku=masennus

Lepola, U., Koponen, H., Leinonen, E., Joukamaa, M., Isohanni, M. & Hakola, P. 2008. Psykiatria. 1.-3. painos. Helsinki: WSOY. [Viitattu 22.3.2012].

Lind, J., Tuulio-Henriksson A. & Autti-Rämö I. 2011. Kuntoutus parantaa työikäisten masennus-potilaiden työkykyä. Suomen Lääkärilehti 43/2011 vsk 66. Tieteellinen artikkeli.

Masennus. E-mielenterveyden kotisivut. Saatavissa: <http://www.e-mielenterveys.fi/mielenterveyden-hairiot/masennus/> [Viitattu 20.4.2012].

Masentuneen nuoren hoito. 2010. Sairaanhoidajan käsikirja. Saatavissa: http://www.terveysportti.fi.xhalax-ng.kyamk.fi:2048/dtk/shk/koti?p_haku=nuori [Viitattu 12.4.2012].

Metsämuuronen, J. 2001. Metodologian perusteet ihmistieteissä. 2. painos. Viro.

Mielenterveys- ja päihdehäiriöt yleisiä nuorilla aikuisilla. 2008. Terveysten- ja hyvinvoinninlaitoksen kotisivut. Saatavissa: http://www.ktl.fi/portal/suomi/julkaisut/kansanterveyslehti/lehdet_2008/nro_8_2008/mielenterveys-ja_paihdehairiot_yleisia_nuorilla_aikuisilla [Viitattu 23.5.2012].

Myllykangas, A. 2009. Mikä auttaa masennuksessa? Sosiaalinen tuki nuorten mielen-terveys asiakkaiden selviytymistarinoiden näkökulmasta. Pro gradu - tutkielma. Jyväskylän yliopisto.

Mäkelä, M-P., Hirvonen, M., Elo, A-L., Kandolin, I., Kauppinen, K., Kauppinen, T., Ketola, R., Leino, T., Manninen, P., Miettinen, S., Reijula, K., Salminen, S., Toivanen, M., Tuomivaara, S., Vartiala, M., Venäläinen, S. & Viluksela, M. 2009. Työ ja terveys – haastattelututkimus 2009. 2010. Työterveyslaitos. Helsinki. Saatavissa. http://www.ttl.fi/fi/verkkokirjat/tyo_ja_terveys_suomessa/Documents/tyo_ja_terveys_haastattelututkimus_2009.pdf [Viitattu 20.4.2012].

Nuoret jäsenemme työelämässä. 2010. Akavan erityisalojen selvityksiä 1/2010. Saatavissa: <http://www.akavanerityisalat.fi/file/1699/TiivistelmajulkaisuNuoretjselemmetyelmss.pdf.html> [Viitattu 22.5.2012].

Nurminen, M-L. 2008. Lääkehoito. 7.-9. painos. Helsinki: WSOY.

Oksanen, T. 2009. Workplace social capital and employee health. Väitöskirja. Turun yliopisto.

Pudas-Tähkä, A-M & Axelin, A. 2007. Systemaattisen kirjallisuuskatsauksen aiheen rajausta, hakutermit ja abstraktien arviointi. Teoksessa: Johansson, K., Axelin, A., Stolt, M. & Ääri, R-L (toim.) Systemaattinen kirjallisuuskatsaus ja sen tekeminen, s. 49.

Pulkkinen & Vesanen. 2011. Masentuneen potilaan hoito. Sairaanhoidajan käsikirja. Terveysportin kotisivut. Saatavissa: http://www.terveysportti.fi.xhalax-ng.kyamk.fi:2048/dtk/shk/koti?p_haku=masennus [Viitattu 24.4.2012].

Pulkkinen, S. & Vesanen, P. 2011. Masentuneen potilaan hoito. Sairaanhoidajan käsikirja. Saatavissa: http://www.terveysportti.fi.xhalax-ng.kyamk.fi:2048/dtk/shk/koti?p_haku=nuori [Viitattu 12.4.2012].

Pulkkinen, S. & Vesanen, P. 2012. Ahdistuneisuushäiriö. Sairaanhoidajan käsikirja. Saatavissa: http://www.terveysportti.fi.xhalax-ng.kyamk.fi:2048/dtk/shk/koti?p_haku=SSRI-1%C3%A4%C3%A4ke [Viitattu 7.4.2013].

Raitasalo, R., Toikka, T., Saarijärvi, S. & Salminen, J. 2010. Masennus ja työssäkäynti - viiden vuoden seuranta tutkimus. Suomen lääkäri-lehti. Saatavissa: http://www.terveysportti.fi.xhalax-ng.kyamk.fi:2048/dtk/ltk/koti?p_haku=ty%C3%B6kyky [Viitattu 2.5.2012].

Rytsälä, H. 2011. Depression lääkehoito. Lääkärin käsikirja. Terveysportin kotisivut. Saatavissa: http://www.terveysportti.fi.xhalax-ng.kyamk.fi:2048/dtk/ltk/koti?p_haku=masennus [Viitattu 24.4.2012].

Rönholm, T. 1998. Työntekijöiden työkyky ja siihen vaikuttavat asiat pientyöpaikoilla. Pro gradu-tutkielma. Jyväskylän yliopisto. Saatavissa: <https://jyx.jyu.fi/dspace/bitstream/handle/123456789/12272/733.pdf?sequence=1> [Viitattu 6.5.2012].

Saarela, T. 2010. Vanhuksen Ddepressio. Terveysportin kotisivut. Lääkärin käsikirja. Saatavissa: http://www.terveysportti.fi.xhalax-ng.kyamk.fi:2048/dtk/ltk/koti?p_haku=ty%C3%B6kyvyn%20arviointi [Viitattu 6.5.2012].

Sairauspäivärahopäivät sairausryhmittäinen. 2010. Työterveyslaitoksen kotisivut. Päivitetty 7.5.2010. Saatavissa: http://www.ttl.fi/fi/tilastot/tyotapaturmat_ammattitaudit_ja_sairauspoissaolot/Sivut/sairauslomapaivarahapaivat_tautiryhmittain_ja_vuosittain.aspx [Viitattu 20.4.2012].

Salminen, A. 2011. Mikä kirjallisuuskatsaus? Julkaisuja 62. Vaasan yliopisto. Saatavissa: http://www.uwasa.fi/materiaali/pdf/isbn_978-952-476-349-3.pdf [Viitattu 18.2.2012].

Sinokki, M. 2011. Social factors at work and the health of employees. Sosiaali- ja terveysturvan tutkimuksia 115.

Taimela, S., Mäkelä, K., Justen, S. & Schugk, J. 2007. Masennusoireisten seulonta ja oireisten työntekijöiden hoitoonohjaus työterveyshuollossa. Suomen Lääkärilehti 45/2007 vsk 62. Tieteellinen artikkeli.

Terveyden edistäminen työpaikalla. 2011. Kansanterveyslaitoksen kotisivut. Päivitetty 30.11.2011. Saatavissa: http://www.ttl.fi/fi/terveys_ja_tyokyky/terveyden_edistaminen_tyopaikalla/sivut/default.aspx [Viitattu 20.4.2012].

Terveys 2000 -tutkimus. Nuorten aikuisten terveys. 2005. Kansanterveyslaitoksen julkaisu. Helsinki. Saatavissa: http://www.ktl.fi/attachments/suomi/julkaisut/julkaisusarja_b/2005/2005b7.pdf [Viitattu 23.5.2012].

Tjäder, J. 2012. Mitä työkyky on? Päivitetty 2.1.2012. Saatavissa. http://www.ttl.fi/fi/terveys_ja_tyokyky/tykytoiminta/mita_on_tyokyky/sivut/default.aspx [Viitattu 21.2.2012].

Tuulari, J. 2008. Mielenterveyden ensiapu. Pohjanmaa-hanke. Saatavissa: <http://trinity.siteadmin.fi/File.aspx?id=579857&ext=pdf&routing=455339&webid=455341&name=6.%20Masennus> [Viitattu 22.3.2012].

Työelämän haasteet. Julkis- ja yksityisalojen toimihenkilöliiton kotisivut. Saatavissa: http://www.jytynuoret.fi/tyoelaman_haasteet [Viitattu 23.5.2012].

Tähtinen, H. 2007. Systemaattinen tiedonhaku hoitotueteen näkökulmasta. Teoksessa: Johansson, K., Axelin, A., Stolt, M. & Ääri, R-L (toim.) Systemaattinen kirjallisuuskatsaus ja sen tekeminen, s. 12 - 13, 29-30.

Wahlbeck, K. 2011. Työ on masentuneen oikeus. Lääkärilehden artikkeli 43/2011. Saatavissa: <http://www.fimnet.fi.xhalax-ng.kyamk.fi:2048/cgi-cug/brs/artikkeli.cgi?docn=000036522> [Viitattu 24.5.2012].

Väänänen, J. 2007. Alkoholien kulutus ja masennusoireet masennuksen takia hoitoon hakeutuvilla asiakkaila. Pro gradu-tutkielma. Jyväskylän yliopisto.