

Interpersoonallisen ohjauksen hyödyllisyys masennuksen hoidossa

- ammattilaisten näkemyksiä

Anni Mortada

Pro gradu -tutkielma

Sosiaalityö

Yhteiskuntatieteiden laitos

Itä-Suomen yliopisto

Syyskuu 2023

Itä-Suomen yliopisto, Yhteiskuntatieteiden ja kauppatieteiden tiedekunta

Yhteiskuntatieteiden laitos

Oppiaine: sosiaalityö

Mortada, Anni: Interpersoonallisen ohjauksen hyödyllisyys masennuksen hoidossa - ammattilaisten näkemyksiä

Pro gradu -tutkielma, 67 sivua, 1 liite (3 sivua)

Elokuu 2023

Tiivistelmä

Tämä pro gradu -tutkielma tarkastelee ammattilaisten kokemuksia interpersoonallisen ohjauksen (IPC) hyödyllisyydestä masennuksen hoidossa. Lisäksi tutkielma tarkastelee, miten implementointiin liittyvät johdon tuki, resurssit ja riittävä koulutus vaikuttavat ammattilaisten kokemukseen. Tutkielman teoreettinen viitekehys muodostuu mielenterveyden, masennuksen, IPC:n sekä implementoinnin käsitteistä.

Kyseessä on kvantitatiivinen tutkimus, jonka aineistona toimii HUS:in 127 vastaajasta koostuvan NoMAD-kyselyn tulokset. Aineisto analysoitiin tilastollisin menetelmin Jamovi-tilasto-ohjelmalla käyttäen eksploratiivista faktorianalyysia, summamuuttujan tarkastelua sekä usean muuttujan lineaarista regressioanalyysia.

Tässä tutkielmassa havaittiin, että ammattilaiset kokivat IPC:n hyödylliseksi menetelmäksi masennuksen hoidossa. Johdon tuella ja riittäväillä resursseilla havaittiin yhteys ammattilaisten kokemukseen IPC:n hyödyllisyydestä: Mitä vahvempi oli johdon tuki, sitä hyödyllisemmäksi ammattilaiset kokivat IPC:n. Tilastollisesti merkitsevä yhteys havaittiin myös kohtuullisen hyvillä resursseilla ja ammattilaisten kokemuksella IPC:n hyödyllisyydestä. Riittäväällä koulutuksella ja ammattilaisten kokemuksella IPC:n hyödyllisyydestä tilastollisesti merkitsevää yhteyttä ei havaittu.

Pääjohtopäätökset tulosten perusteella ovat, että erityisesti johdon tuen, resurssien ja riittävän koulutuksen roolia implementointiprosessissa olisi tärkeää tutkia tarkemmin.

Asiasanat: interpersoonallinen ohjaus, IPC, masennus, mielenterveys, implementointi, faktorianalyysi, regressioanalyysi

Säilytyspaikka: Itä-Suomen yliopiston kirjasto

University of Eastern Finland, Faculty of Social Sciences and Business Studies

Department of Social Sciences

Subject: social work

Mortada, Anni: The usefulness of Interpersonal Counseling (IPC) in the treatment of depression - professionals' perspectives

Master's Thesis, 67 pages, 1 appendix (3 pages)

August 2023

Abstract

This master's thesis examines professionals' experiences of the usefulness of Interpersonal Counseling (IPC) in the treatment of depression. In addition, the thesis investigates how factors related to implementation, such as managerial support, resources, and adequate training, influence professionals' experiences. The theoretical framework of the thesis consists of concepts related to mental health, depression, IPC, and implementation.

The study is quantitative in nature, and the data consists of the results of the NoMAD survey completed by 127 respondents from HUS. The data was analyzed using statistical methods using the Jamovi software, including exploratory factor analysis, examination of composite variables, and multiple variable linear regression analysis.

This thesis showed that professionals perceived IPC as a useful method in the treatment of depression. A connection was found between leadership support and adequate resources and professionals' perception of the usefulness of IPC: The stronger the leadership support, the more professionals perceived IPC to be useful. A statistically significant association was also observed between reasonably good resources and professionals' perception of the usefulness of IPC. However, statistically significant correlation was not found between adequate training and professionals' perception of the usefulness of IPC.

Based on the results, the main conclusions are that the role of leadership support, resources, and adequate training in the implementation process should be further investigated, especially

Keywords: Interpersonal Counseling, IPC, depression, mental health, implementation, factor analysis, regression analysis

Place of storage: University of Eastern Finland Library

Sisällysluettelo

1	Johdanto.....	7
2	Mielenterveys	10
2.1	Mielenterveyden ulottuvuuksia	11
2.1.1	Kuusi eri ulottuvuutta.....	11
2.1.2	Myönteinen ja kielteinen ulottuvuus	13
3	Masennus.....	15
3.1	Masennuksen määritelmä	15
3.2	Masennukseen johtavia syitä.....	17
3.3	Masennuksen hoitokeinoja.....	19
4	Interpersoonallinen ohjaus ja implementointi	21
4.1	Interpersoonallinen psykoterapia	21
4.2	Interpersoonallisesta psykoterapiasta kehitetty interpersoonallinen ohjaus.....	25
4.3	Aiempiä tutkimuksia interpersoonallisesta ohjauksesta.....	26
4.4	Implementointi tämän tutkielman viitekehyksessä	27
5	Tutkimuksen toteutus.....	30
5.1	Tutkimuskysymykset ja tutkielman aineisto.....	30
5.2	Aineiston analyysimenetelmät ja analyysin kulku.....	31

5.2.1	Eksploratiivinen faktorianalyysi.....	31
5.2.2	Summamuuttujien muodostaminen	34
5.2.3	Usean muuttujan lineaarinen regressioanalyysi	37
5.3	Tutkimuseettiset kysymykset ja tutkijan positio	45
6	Tulokset.....	48
6.1	IPC:n hyödyllisyys masennuksen hoidossa.....	48
6.2	Johdon tuen, resurssien ja menetelmän riittävän koulutuksen merkitys.....	49
6.2.1	Johdon tuki	51
6.2.2	Resurssit	52
6.2.3	Menetelmän riittävä koulutus	53
7	Johtopäätökset ja pohdinta	54
7.1	Tulosten yhteenveto	54
7.2	Pohdinta.....	57
	Lähdeluettelo	60
	Liitteet.....	68

Kuvaluettelo

Kuva 1. Selitettävän ja selittävien muuttujien välinen lineaarinen yhteys.....	39
Kuva 2. Muuttujan varianssi $\neq 0$	41
Kuva 3. Virhetermin varianssi	43
Kuva 4. Virhetermien normaalijakautuneisuus.....	44
Kuva 5. IPC:n hyödyllisyys	49

Taulukkuuettelo

Taulukko 1. Eksploratiivinen faktorianalyysi	33
Taulukko 2. Ominaisarvot	34
Taulukko 3. Selittävien muuttujien VIF-arvot	41
Taulukko 4. Virhetermin ja selittävien muuttujien korrelaatiot.....	42
Taulukko 5. Summamuuttujan erittely	48
Taulukko 6. Usean muuttujan lineaarinen regressioanalyysi	50

1 Johdanto

Suomessa masennuksesta voidaan puhua jo suurena kansanterveydellisenä ongelmana. Se on tavallinen mielenterveyden häiriö, jonka noin kuudesosa väestöstä sairastaa jossain vaiheessa elämänsä. Tälläkin hetkellä masennuksesta kärsii noin 6 % väestöstä. Masennus on myös yleinen työkyvyttömyyden ja alentuneen työkyvyn syy. (Rovasalo, 2022.) Myös maailmanlaajuisesti masennus on todella yleinen sairautta ja toimintakyvyn menetystä aiheuttava sairaus. Periaatteessa voidaan sanoa, että kuka tahansa voi masentua, vaikka ihmisten välillä voidaan tunnistaa erilaisia alttiuksia masennukseen sairastumiselle. (Kopakkala, 2009, s. 11-13.) Masennus, etenkin toistuva masennus, aiheuttaa luonnollisesti paljon inhimillistä kärsimystä sairastuneelle ja hänen läheisilleen. Masennus lisää myös itsemurhariskiä: noin 5 % masentuneista tekee itsemurhan ja vakavaasteisessa masennuksessa itsemurhariski on 15–20%. (Rovasalo, 2022.)

Masennus ja ylipäänsä mielenterveysongelmat ovat todella ajankohtainen aihe yhteiskunnassamme. Masennuksesta uutisoidaan usein erilaisista näkökulmista käsin monissa eri medioissa (Asiantuntijan neuvo treeniin, joka auttaa masennukseen – Se ei ole ”lähde lenkille”, 11.5. 2023; Sähköhoito oli vaikeasti masentuneen Johannan viimeinen oljenkorsi: ”Halusin sitä, koska en uskonut, että mikään muu ikinä auttaisi”, 1.2.2023; Tutkimus: Monipuoliset mielenterveyspalvelut ehkäisevät masennuksesta johtuvaa eläköitymistä, 27.5.2023). Mielenterveyteen liittyvät asiat näyttäytyivät myös kevään 2023 eduskuntavaaleissa sekä syntyneessä hallitusohjelmassa (Lisää rahaa nuorten mielenterveyspalveluihin, vaikka kaikesta muusta säästettäisiin? Näin puolueet vastaavat, 21.3.2023; Neljä tärppiä eduskuntavaaleihin – ainakin nämä asiat tulevien päättäjien pitää ratkoa, 20.3.2023; Näitä muutoksia hallitus haluaa sosiaali- ja terveyspalveluihin, 16.6.2023).

Myös sosiaalityön kentällä masennus on keskeisessä asemassa. Masennus on ilmiö, jonka sosiaalityöntekijä kohtaa työssään usein. Masennus on yhteydessä yhteiskunnan taloudellisiin ja kulttuurisiin rakenteisiin. Sekä se miten palveluihin kohdistetaan resursseja että miten palvelut ylipäänsä toimivat, vaikuttavat palveluiden saatavuuteen ja ihmisten kokemuksiin palveluista. (Romakkaniemi, 2014, s. 142,166.) Palveluviidakossa selviäminen voi olla masentuneelle vaikeaa ja esimerkiksi tässä sosiaalityöntekijän tuki ja asiantuntijuus on tärkeää.

Masennuksen hoitoon on olemassa monia eri hoitomuotoja ja hoitomuodot valitaan lähtökohtaisesti masennuksen ja oireiden vaikeusasteen perusteella (Kampman ym., 2017). Yksi hoitomuodoista on interpersoonallinen ohjaus (IPC), joka on kehitetty interpersoonallisesta psykoterapiasta (IPT). IPC on kuusi istuntokertaa kestävä ohjaus- ja neuvontamenetelmä, joka on alun perin suunniteltu lievistä masennus- ja uupumisoireista kärsiville potilaille. (Kontunen & Katila, 2020, s. 139.) IPC on Suomessa vielä melko uusi menetelmä. Kuitenkin sitä käytetään nykyään laajasti myös Suomessa ja monet toimijat kouluttavat ammattilaisia sen käyttämiseen. (ks. Pirkanmaan hyvinvointialue [n. 2023]; Pohjanmaan hyvinvointialue [n. 2023]; Pohjois-Savon hyvinvointialue [n. 2023]; Terapiat etulinjaan [n. 2023].)

Uusien menetelmien käyttöönotosta käytetään nimitystä implementointi. Sen avulla on tarkoitus parantaa terveydenhuollon vaikuttavuutta ja laatua. (Lindholm & Laitila, 2022, s. 881.) Hyvän implementoinnin saavuttamiseksi on löydetty seitsemän keskeistä tekijää, joita ovat henkilöstön valinta, koulutus, jatkuva valmennus ja konsultointi, henkilöstön arviointi ja palautteenanto, päätöksenteon tukijärjestelmät, hallinnollinen tuki sekä järjestelmien interventiot (Fixen ym., 2009, s. 533).

Pro gradu -tutkielmassani tutkin ammattilaisten kokemuksia IPC:n hyödyllisyydestä masennuksen hoidossa ja kuinka hyvässä implementointiprosessissakin tunnistetut tekijät, johdon tuki, resurssit sekä menetelmän riittävä koulutus vaikuttavat ammattilaisten kokemukseen IPC:n hyödyllisyydestä. Lisäksi tutkin ammattilaisten työtehtävän sekä työkokemuksen vaikutuksia kokemukseen IPC:n hyödyllisyydestä masennuksen hoidossa. Tutkimuskysymykseni ovat.

1. Kuinka hyödyllisenä ammattilaiset kokevat IPC:n masennuksen hoidossa?
2. Miten johdolta saatu tuki, resurssit, menetelmän riittävä koulutus, työtehtävä sekä työkokemus vaikuttavat ammattilaisten kokemukseen IPC:n hyödyllisyydestä masennuksen hoidossa?

Tutkielmani on jaettu seitsemään lukuun. Johdannon jälkeen tutkielmani etenee teoriaosuuteen, joka käsittää kolme päälukua: mielenterveys, masennus sekä interpersoonallinen ohjaus ja implementointi. Ensimmäisessä teorialuvussa avaen mielenterveyden käsitettä ja sen määrittelyyn liittyvää kompleksisuutta. Seuraavassa pääluvussa määrittelen masennusta ja avaan siihen johtavia syitä sekä masennuksen hoitokeinoja. Teoriaosuuden viimeisessä pääluvussa määrittelen ensin interpersoonallista ohjausta sekä esittelen siihen liittyvää aiempaa tutkimusta. Samassa pääluvussa määrittelen lopuksi implementaatiota ja esittelen sitä lyhyesti etenkin johdon tuen, resurssien ja menetelmän koulutuksen näkökulmasta.

Teoriaosuuden jälkeen on vuorossa viides pääluku, jossa käyn läpi tutkielmani toteutusta. Ensin esittelen tutkielmani aineiston ja tutkimuskysymyksen, jonka jälkeen etenen aineiston analyysiin. Aineiston analyysi on monivaiheinen: lähdän liikkeelle eksploratiivisesta faktorianalyysistä, jonka pohjalta muodostan summamuuttujan ja etenen usean muuttujan lineaariseen regressioanalyysiin. Pääluvun lopuksi pohdin vielä tutkimuseettisiä kysymyksiä sekä tutkijan positiotani. Kuudennessa pääluvussa esittelen analyysin pohjalta tutkielmani tulokset. Viimeisessä pääluvussa on vuorossa ensin tulosten yhteenveto aiempaan tutkimukseen peilaten sekä lopussa vielä pohdintaa esimerkiksi tutkielman luotettavuudesta ja jatkotutkimuksen aiheista.

2 Mielen terveys

Mielen terveydelle on olemassa monenlaisia määritelmiä. Se on ilmiönä liian monimutkainen, jotta sen voisi määritellä yksinkertaisesti (Weare, 2000, s. 12). Siihen liittyvää kirjallisuutta on paljon ja määrittelyn vaikeutta kuvaa se, että selkeää ja systemaattista kirjallisuuskatsausta mielen terveyden määritelmästä on vaikeaa tehdä (Sohlman, 2004, s. 27). Joka tapauksessa voidaan ajatella, ettei mielen terveys ole pysyvä tila, vaan se muokkaantuu läpi elämän persoonallisen kasvun ja kehityksen kautta (Appelqvist-Schmidlechner ym., 2016, s. 1759).

Mielen terveys on monimerkityksellinen ja siksi myös mielenkiintoinen käsite. Arkipuheessa mielen terveydellä tarkoitetaan usein mielen terveyden häiriöitä. (Sohlman, 2004, s. 20.) Kuitenkin termi periaatteellisesti tarkoittaa sairauden tai häiriön sijasta toimintakykyistä tai positiivista mielen ja voinnin tilaa. (Kaleva & Valkonen, 2013, s. 675.) Toisaalta mielen terveyteen viitataan puheessa monesti myös positiivisten käsitteiden kautta. Esimerkiksi käsitteitä subjektiivinen hyvinvointi, tyytyväisyys elämään, onnellisuus ja elämänlaatu käytetään usein, kun halutaan ilmaista mielen terveyttä. (Sohlman, 2004, s. 33.) Mielen terveydelle onkin mahdollista määritellä negatiivinen ja positiivinen ulottuvuus (Kaleva & Valkonen, 2013, s. 675).

WHO määrittelee mielen terveyttä hyvinvoinnin tilana, jossa yksilö on tietoinen omista kyvyistään, selviää normaalista elämän tuomasta stressistä, pystyy työskentelemään tuottavasti ja kykenee toimimaan yhteisössään (World Health Organization, 2004, s. 10). Kinnunen (2011) lähestyy väitöskirjassaan mielen terveyttä monesta näkökulmasta. Hän lainaa myös Sigmund Freudin (1856–1939) sekä Erik H. Eriksonin (1902–1994) määritelmiä. Freudin mukaan mielen terveys on kykyä rakastaa ja tehdä työtä. Eriksonin mukaan mieleltään terveen ihmisen käsitys itsestään on todenmukainen ja hänen minäkuvansa ehjä. (Kinnunen, 2011, s. 20.)

Yksilön mielen terveyttä voidaan tarkastella myös tyytyväisyyden ja tasapainoisuuden kautta. Mieleltään terve ihminen sietää ohimeneviä epämiellyttävyyden tunnetiloja eikä ole pitkään ahdistunut tai masentuneen oloinen. Hän kykenee hyviin ihmissuhteisiin: osaa välittää ja rakastaa, haluaa

ja pystyy vuorovaikuttamaan sekä pystyy ilmaisemaan henkilökohtaisia ajatuksia ja tunteita. Kohdatessaan vaikeuksia mieleltään terve ihminen toimii aktiivisesti ja joustavasti, jopa luovasti, jotta voitaisi vaikeudet. Vaikeissakin elämäntilanteissa mieleltään terveellä ihmisellä on realistinen käsitys tulevaisuudesta. (Lönngqvist, 2021 a.).

Seuraavaksi tarkastelen mielenterveyttä eri ulottuvuuksien näkökulmasta.

2.1 Mielenterveyden ulottuvuuksia

Mielenterveys ja siihen liittyvät käsitteet ja termit eivät ole yksiselitteisiä. Mielenterveys voidaan nähdä yläkäsitteenä, jonka alla on useita ulottuvuuksia. (Wahlbeck ym., 2017, s. 986.) Kirjallisuutta läpi käydessä törmäsin usein kahteen ulottuvuuteen: positiiviseen ja negatiiviseen. Duodecimin Psykiatria-kirjaa (2021) lukiessa löysin myös Jouko Lönngqvistin artikkelin, jossa hän jakaa mielenterveyden kuuteen eri ulottuvuuteen. Näiden kahden mallin avulla, kuusi ulottuvuutta sekä myönteinen ja kielteinen ulottuvuus, mielenterveyden määritelmästä ja toisaalta hankaluudesta sen yksinkertaiseen määrittelyyn saa melko kattavan käsityksen. Siksi nämä mallit valikoituivat tähän tutkielmaan. Käyn ensin läpi Lönngqvistin esittelemät kuusi ulottuvuutta ja sen jälkeen esittelen mielenterveyden myönteisen ja kielteisen ulottuvuuden.

2.1.1 Kuusi eri ulottuvuutta

Mielenterveys on monimuotoista ja yksilöllistä. Vaikka sitä voidaan lähestyä kuuden eri ulottuvuuden kautta, sitä ei tule ymmärtää äärimmilleen vietyinä normaaliutena tai tavallisuutena verrattuna erilaisuuteen tai poikkeavuuteen. Jokainen kuudesta ulottuvuudesta koostuu useista eri osaulottuvuuksista. Kuusi eri ulottuvuutta ovat:

- 1) Psykososiaalinen toimintakyky
- 2) Lahjakkuus, kyvyt ja vahvuudet
- 3) Persoonallisuuden kypsyys
- 4) Kognitiiviset, emotionaaliset ja sosiaaliset taidot

- 5) Tyytyväisyys ja hyvinvoinnin kokeminen
- 6) Joustavuus, suojautumiskyky, muutosvalmius ja optimismi (Lönqvist, 2021a.)

Psykososiaalinen toimintakyky voi vaihdella toimintakyvttömyyden ja poikkeuksellisen hyvän toimintakyvyn välillä. Keskeistä on se, että yksilö kykenee tekemään töitä tai muuta merkityksellistä toimintaa, kykenee sosiaaliseen kanssakäymiseen, selviää itsenäisesti ja pystyy huolehtimaan asianmukaisesti omasta ja yhteisistä eduista. Mielenterveys lisää sosiaalisuutta ja osallisuutta ja ne puolestaan tukevat mielenterveyttä. (Lönqvist, 2021a.)

Lahjakkuus, kyvyt ja vahvuudet ovat yhteydessä psykososiaaliseen toimintakykyyn sekä siihen, miten ihminen sopeutuu erilaisiin elämän haasteisiin. Keskeistä tälle ulottuvuudelle on myös positiivinen elämänasenne. Jokaisen ihmisen kyvyt, vahvuudet ja lahjakkuus ovat yksilöllisiä ja niissä esiintyy erilaisia erityispiirteitä ja rajoituksia. (Lönqvist, 2021a.)

Nämä kaksi ulottuvuutta voidaan katsoa liittyvän Ron ja Clarkin (2009) käsittelemiin näkökulmiin psykososiaalisesta toimintakyvystä. Heidän mukaansa psykososiaalista toimintakykyä voidaan määritellä kahdesta toisiinsa liittyvästä näkökulmasta: mikrotasolla ja makrotasolla. Mikrotasolla psykososiaalista toimintakykyä tarkastellaan jokapäiväiseen elämään liittyen (esimerkiksi työ ja ihmissuhteet). Makrotasolla toiminta on laajempaa, kuin pelkkä summa jokapäiväisen elämän toiminnasta (esimerkiksi arvot ja itsensä toteuttaminen). Kun ihmisellä on hyvä psykososiaalinen toimintakyky, hän osaa tasapainoilla mikro- ja makrotason välillä itselleen mielekkäällä tavalla. (Ro & Clark, 2009, s. 314-315.)

Persoonallinen kypsyys näyttäytyy ihmisen kykynä oppia elämäkokemuksistaan ja kehittyä yksilönä. Kun yksilön identiteetti selkiytyy, hän on kykenevä kohtaamaan elämän tuomat tehtävät ja haasteet. Vaikka persoonallisuus on melko pysyvä, tapahtuu persoonallisuuden eri osa-alueilla elämän aikana myös muutoksia. (Lönqvist, 2021a.) Iän myötä ihminen oppii tunnistamaan itselleen tärkeimpiä arvoja ja pyrkii elämään niiden mukaan (Sheldon & Kasser, 2001, s. 499). Ikä tuo usein mukanaan persoonallisuuden kypsyttä, joka näyttäytyy muun muassa haluna jakaa muille asioita, mitä on saanut ja oppinut (Lönqvist, 2021a.)

Kognitiiviset, emotionaaliset ja sosiaaliset taidot näyttäytyvät kykyinä empatiaan, sosiaaliseen kognitioon ja altruismiin. Silloin ihminen kykenee havainnoimaan tarkasti itseään ja muita, osaa eläytyä muiden tilanteeseen ja tarvittaessa auttaa muita. Myös näissä taidoissa ihmisten välillä on suuria eroavaisuuksia. (Lönqvist, 2021a.)

Tyytyväisyys ja hyvinvoinnin kokeminen näyttäytyvät siinä, miten ihminen kokee henkilökohtaisen hyvinvointinsa. Vaikka elämän olosuhteet ovat eri ihmisillä hyvin erilaiset ja se heijastuu myös tyytyväisyyden ja hyvinvoinnin kokemukseen, on hyvinvointi aina loppupeleissä ihmisen oma sisäinen kokemus. (Lönqvist, 2021a.) Niin sanotusti hyvissä olosuhteissa elävä voi kokea myös tyytymättömyyttä elämäänsä ja vastaisesti niin sanotusti huonoissa olosuhteissa elävä voi olla elämäänsä tyytyväinen.

Joustavuutta, suojautumiskykyä, muutosvalmiutta ja optimismia voidaan kuvata myös sanalla resilienssi. Nämä ilmenevät optimistisena tulevaisuusnäkökulmana ja myönteisinä odotuksina, toivona tulevaisuuteen. Toisaalta se on myös joustavaa selviytymistä haasteista ja vastoinkäymisistä sekä uusien voimavarojen ammentamista niistä selviytymisestä. (Lönqvist, 2021a.) Resilienssiin liittyy myös epävarmuuden sietämistä ja halukkuutta toimia, vaikka etukäteen asioiden lopputulosta on mahdotonta tietää (Neehan, 2018, s. 179).

2.1.2 Myönteinen ja kielteinen ulottuvuus

Mielenterveys voidaan nähdä myös kahtena ulottuvuutena: myönteisenä ja kielteisenä. Myönteistä ulottuvuutta voidaan kuvata myös termein mielen hyvinvointi, psyykinen hyvinvointi ja positiivinen mielenterveys (Wahlbeck ym., 2017, s. 986). Positiivinen mielenterveys -käsitteen avulla on voitu selventää mielenterveys ja mielensairaus -käsitteiden välistä eroa (Kinnunen, 2011, s. 20). Käsitteellä on monta eri määritelmää. Kaikille määritelmille on kuitenkin yhteistä se, että positiivinen mielenterveys nähdään voimavarana, jota voi ja tulee kehittää ja hyödyntää. (Appelqvist-Schmidlechner ym., 2016, s. 1760). Nähdään myös, että positiivinen mielenterveys on enemmän kuin vain mielenterveyden häiriöiden puuttumista (Vaillant, 2012, s. 93).

Myönteisen ulottuvuuden nähdään yleisesti koostuvan kahdesta osiosta: hedoninen hyvinvointi ja eudaimoninen hyvinvointi. Hedoninen hyvinvointi näkyy hyvänä olona, iloisuutena ja onnellisuutena. (Wahlbeck ym., 2017, s. 986.) Se painottaa subjektiivista kokemusta onnellisuudesta ja hyvinvoinnista: tyytyväisyyttä itseän, omaan elämään ja sen eri osa-alueisiin kuten taloudelliseen tilanteeseen, terveyteen, sosiaalisiin suhteisiin ja asuinolosuhteisiin. Eudaimoninen hyvinvointi on omaa subjektiivista tunnetta laajempaa. Siinä mielenterveyttä katsotaan etenkin psyykkisen toimintakyvyn kautta. (Appelqvist-Schmidlechner ym., 2016, s. 1760.) Eudaimonisen hyvinvoinnin näkökulmasta mielenterveys koostuu esimerkiksi autonomiasta, hyveistä, luonteen vahvuuksista, pystyvyydestä ja niihin liittyvistä tekijöistä (Peterson & Seligman, 2004, s. 18).

Toisena ulottuvuutena on kielteinen ulottuvuus. Mielenterveyteen liitetään usein negatiivisia käsitteitä ja se sekoittuu mielenterveysongelmiin (Kaleva & Valkonen, 2013, s. 675; Weare, 2000, s. 12). Myös kirjallisuushaku sanalla mielenterveys antaa monta kertaa enemmän mielenterveyden häiriöihin kuin mielenterveyteen liittyvää tutkimusta (Sohlman, 2004, s. 20). Mielenterveyden häiriöt ja mielenterveysongelmat voidaankin nähdä mielenterveyden kielteisenä ulottuvuutena. Kuitenkin häiriö-termiä käytetään vain silloin, kun diagnostiset kriteerit täyttyvät. (Wahlbeck ym., 2017, s. 986.)

Kun ihmisen ajattelussa, tunteissa, käyttäytymisessä tai ihmissuhteissa ilmenee häiriöitä, jotka saavat aikaan merkittävää henkilökohtaista kärsimystä ja toimintakyky vaikeutuu yhdellä tai useammalla elämäntilanteella niin, että häiriö kyetään tunnistamaan ja diagnosoimaan tautiluokitusten avulla, puhutaan mielenterveyden häiriöstä. Tautiluokituksen mukaan mielenterveyden häiriöt ovat oireyhtymiä, joissa esiintyy kliinisesti merkittäviä toimintahäiriöitä tiedonkäsittelyssä, tunteiden säätelyssä tai käyttäytymisessä. Toimintahäiriöiden taustalla on monenlaisia psykologisia, biologisia tai kehityksellisiä prosesseja. (Lönqvist, 2021a.) Masennus on yksi mielenterveyden häiriö (Isometsä, 2021; Kampman ym., 2017; Rovasalo, 2022). Käsittelen masennusta seuraavassa pääluvussa.

3 Masennus

Erilaisia depressioniin liittyviä käsitteitä, etenkin sanaa masennus, esiintyy monissa eri merkityksissä (Isometsä, 2021). Tämä on seurausta siitä, että yksi perustunteistamme on masennuksen tunne. Kuka vain saattaa olla lyhyen aikaa surullinen tai alavireinen elämässä tapahtuvien ikävien asioiden vuoksi. (Kampman ym., 2017.)

Tässä pääluvussa määrittelen ensin mitä masennuksella tarkoitetaan, kun sillä viitataan mielen-terveyden häiriöön. Sen jälkeen esittelen masennukseen johtavia syitä ja lopuksi masennuksen joitakin hoitokeinoja.

3.1 Masennuksen määritelmä

Sanalla masennus voidaan tarkoittaa 1) depressiivistä affektia eli masentunutta tunnetilaa. Lyhytkestoinen masennuksen tunne on täysin normaalia ja kuuluu tavalliseen tunne-elämään. Se on tavallinen reaktio erilaisten menetysten ja pettymysten kohdalla. 2) Masentuneella mielialalla tarkoitetaan pitkäkestoista tunnevirettä. Se kestää päiviä, viikkoja, kuukausia tai vuosia. Tunnetila ei ole ohimenevä, mutta masentuneen mielialan lisäksi ei esiinny muita siihen liittyviä oireita. Kun masentuneen mielialan lisäksi on myös muita siihen liittyviä oireita, on kyseessä 3) masennusoireyhtymä. Masennusoireyhtymistä käytetään myös termiä depressiiviset häiriöt. Depressiot eli masennustilat ovat oireyhtymiä ja näin ollen mielen-terveyden häiriöitä. Sen sijaan lyhytkestoinen masennuksen tunne tai pelkkä masentunut mieliala eivät ole mielen-terveyden häiriöitä. (Isometsä, 2021.) Tässä tutkielmassa sanoilla masennus, depressio ja masennustilat viitataan juuri masennusoireyhtymään.

ICD-10 tautiluokituksessa masennustilojen keskeisimmät muodot jaetaan masennustiloihin, F32, ja toistuvaan masennukseen, F33, jolloin potilas on sairastanut masennuksen vähintään kerran aiemmin ja suuri uusiutumiseriski pitää huomioida. Masennuksen tyypillisiä oireita ovat:

1) masentunut mieliala

- 2) kiinnostuksen tai mielihyvän menetys
- 3) uupumus
- 4) itseluottamuksen tai itsearvostuksen menetys
- 5) kohtuuton itsekritiikki tai perusteeton syyllisyyden tunne
- 6) toistuvat kuolemaan tai itsetuhoon liittyvät ajatukset tai itsetuhoinen käytös
- 7) päättämättömyyden tai keskittymiskyvyttömyyden tunne
- 8) psykomotorinen hidastuminen tai kiihtyneisyys
- 9) unihäiriöt ja
- 10) ruokahalun ja painon muutos.

Masennustilan F32-33 diagnoosin mukaan masentuneella henkilöllä esiintyy yhtä aikaa ainakin neljä edellä mainittua oiretta ainakin kahden viikon ajan. Lisäksi henkilöllä tulee olla ainakin kaksi oireista 1-3. (Depressio: Käypä hoito -suositus, 2022; Isometsä, 2021.)

Masennusoireyhtymät kuuluvat mielialahäiriöiden alaryhmään (Isometsä, 2021). Masennustilat eli masennusoireyhtymät voidaan luokitella niiden vakavuusasteen mukaan lievään, keskitasoiseen, vaikeaan ja psykoottiseen depression. Depression vaikeusaste heijastuu ihmisen toimintakykyyn. Lievän depression oireet näkyvät jonkin verran alentuneena ammatillisena ja sosiaalisena toimintakykynä. Silloin ihminen kykenee kuitenkin tavallisesti käymään esimerkiksi töissä. Keski-vaikeassa masennuksessa toimintakyky on jo paljon heikompi ja yleensä ihminen tarvitsee tässä vaiheessa sairaalomaata. Myös tavallinen arjen toimintakyky heikentyy. Vaikeassa ja psykoottisessa masennuksessa arjessa selviytyminen on vaikeaa ja runsaat oireet haittaavat merkittävästi kaikkia elämän osa-alueita. Ihminen on selvästi työkyvytön ja joskus selviämiseen tarvitaan sairaalahoitoa. (Isometsä, 2021; Rovasalo, 2022.) Psykoottisessa masennuksessa masentuneella on harhaluuloja, kuten todellisuudesta poikkeavia itsesyytöksiä. Vaikeimmissa psykoottisissa masennuksissa on myös skitsofrenialle tyypillisiä harhaluuloja ja aistiharhoja, yleensä kuuloharhoja. Itsetuhoisia ajatuksia voi ilmetä kaikissa masennuksen muodoissa, mutta aktiivisia suunnitelmia on enemmän vaikeissa masennustiloissa. Useimmiten tosimelessä tehty itsemurhayritys tulkitaan psykoottiseksi masennukseksi. (Rovasalo, 2022.)

Masennustilat voidaan jakaa myös oirekuvan luonteen mukaan psykoottiseen depressioon, vuodenaikaan liittyvään depressioon, synnytyksen jälkeiseen depressioon, epätyypilliseen depressioon, somaattiseen oireyhtymään eli melankoliseen depressioon tai krooniseen depressioon. Psykoottisissa depressioissa esiintyy vaikea-asteisten masennustilojen lisäksi psykoottisia oireita kuten aistiharhoja ja se onkin yleensä kaikkein vaikein masennustila. Vuodenaikaan liittyvä masennus on nimensä mukaisesti tietynä vuodenaikana säännöllisesti toistuva masennustila. Nämä masennustilat lievittyvät vuodenajan vaihtuessa. Isolla osalla äideistä on synnytyksen jälkeen lievää masentuneisuutta, jonka ennuste on yleensä hyvä. Synnytyksen jälkeinen masennus on puolestaan neljän viikon kuluessa synnytyksestä alkava varsinainen masennus. Epätyypillinen masennuksen käsite on yhä kiistelty. Se ei sisälly esimerkiksi ICD-10 luokitukseen, puolestaan DSM-5-luokituksesta se löytyy. (Isometsä, 2021.) Epätyypillisessä masennuksessa mieliala reagoi vahvasti eri tilanteisiin. Jokin positiivinen asia tai sen mahdollisuus parantaa hetkellisesti mielialaa. Epätyypillisessä masennuksessa henkilö kokee itsensä hylätyksi ja oireet pahenevat yksin ollessa. (Rovasalo, 2022.) Melankolisessa masennustilassa depressio on yleensä vaikea-asteista. Tyypillisiä oireita ovat aamuyön unettomuus, ruokahalun menetys sekä erittäin voimakkaat syyllisyydentunteet. Krooninen masennus on puolestaan vähintään kaksi vuotta yhtäjaksoisesti kestänyt masennustila. (Isometsä, 2021; Rovasalo, 2022.)

3.2 Masennukseen johtavia syitä

Vaikka ainakin psykodynaamisen ajattelutavan mukaan ihmisillä on erilainen alttius masentua, käytännössä katsoen voidaan sanoa, että kuka vain voi masentua. Depressio on yleistä ja sen erilaiset muodot aiheuttavat maailmanlaajuisesti sairautta ja toimintakyvyn menetyksiä. Itse asiassa näitä aiheutuu maailmanlaajuisesti masennuksen vuoksi enemmän kuin minkään muun yksittäisen sairauden vuoksi. (Kopakkala, 2009, s. 11-13.)

Kokemuksena masennus on ennen kaikkea psyykinen: kaikki tuntuu toivottomalta ja synkältä. Lääkäri hoitaa ja tarkastelee depressiota usein erityisesti keskushermoston pulmana. Potilaan läheiset näkevät helposti sairauden sosiaaliset puolet. (Kopakkala, 2009, s. 26.) Masennukseen ei ole yhtä syytä, vaan sen syntyyn vaikuttavat eri ihmisillä eriasteisesti sosiaaliset, psykologiset ja biologiset syyt (Kampman ym., 2017; Rovasalo, 2022).

Masennuksen syntyyn vaikuttavia syitä on tutkittu vuosikymmenien ajan. Tutkimukset ovat auttaneet ymmärtämään masennuksen biologista, psykologista ja sosiaalista olemusta. Kuitenkin ymmärrys terveiden aivojen toiminnasta ja ihmisen psykologiasta on rajallista. Siksi myös tieto masennuksen olemuksesta ja sen syntyyn vaikuttavista asioista on vain osittaista. Masennuksen synty voidaan ymmärtää ajassa etenevänä monitekijäisenä prosessina. Altistavina tekijöinä keskeisimpiä ovat biologinen alttius sekä altistavat persoonallisuuden piirteet. (Isometsä & Karlsson, 2017.) Masennusalttiutta lisäävät huono itsetunto, elämän aikana opitut negatiiviset ajatusmallit, sosiaalinen arkuus ja riippuvuuden kokemukseen perustuva alttius alistua vuorovaikutustilanteissa (Rovasalo, 2022). Sosiaalisella tasolla masennuksen syntyyn liittyy usein jokin kielteinen elämäntapahtuma. Masennustiloista yli kaksi kolmasosaa puhkeaa jonkin merkittävän kielteisen elämäntapahtuman jälkeen. Kielteisiä elämäntapahtumia voivat olla esimerkiksi avioero tai muu parisuhteen hajoaminen, vammautuminen tai vakava somaattinen sairaus, läheisen kuolema tai työttömäksi jääminen. Depression laukaisijana voi olla äkillinen elämänmuutos tai pitkään jatkunut ylikuormitus. Yleensä laukaisevia tekijöitä on useita. Kuitenkin vain pieni osa vakavia elämänmuutoksia kokevista sairastuu masennukseen. On siis selvää, että suuri merkitys on myös yksilöllisellä haavoittuvuudella. Sosiaalisella tuella on ajateltu olevan merkitystä kielteisten elämäntapahtumien yhteydessä. Sosiaaliset suhteet voivat toimia eräänlaisena puskurina masennusta vastaan. Niiden puute puolestaan altistaa masennukselle. (Isometsä, 2021.)

Pitkään jatkuva stressi altistaa masennukselle ja sen uusiutumiselle. Myös yksinäisyys ja syrjäytyneisyys ovat masennuksen keskeisiä tekijöitä. (Kampman ym., 2017.) Toisaalta masennus voi olla keino paeta omia tai läheisen hankalia tunnetiloja kuten vihaa. Myös aiempi traumaattinen kokemus voi myöhemmin vaikuttaa masennuksen syntyyn. Masennustila voi olla myös maanis-depressiivisen sairauden sairausjakso. Lisäksi erilaisiin somaattisiin sairauksiin, kuten pitkäkestoisiin tulehduksellisiin yleissairauksiin, neurologisiin sairauksiin ja kilpirauhasen toiminnan häiriöihin voi liittyä masennusta. Toisaalta masentunut saattaa toipua heikommin monista somaattista sairauksista kuten sydän- ja aivoinfarkteista ja monista syövästä. Näiden lisäksi monet lääkkeet tai päihitteet voivat altistaa depressiolle ja estää toipumista. (Rovasalo, 2022.)

Masennustilat uusiutuvat helposti. Suurin osa ihmisistä, jotka hakevat hoitoa depressioonsa kärsivät toistuvasta masennuksesta. Uusiutumisriski kasvaa suuremmaksi masennuksen vakavuuden ja muiden mielenterveyden häiriöiden määrän mukaan. (Isometsä, 2021.) Vähänkään vakavan masennuksen jälkeen riski uudelleen sairastumiseen on 50 %. Ilman hoitoa kahden vaikean masennustilan jälkeen henkilöllä on 70 % mahdollisuus sairastua kolmannen kerran ja tämän jälkeen riski on jo 90 %. Kuitenkin oikeanlaisella hoidolla sairauden uusiutumisriskiä voidaan huomattavasti vähentää. (Rovasalo, 2022.)

Masennus on myös suuri kansanterveydellinen ongelma, josta tälläkin hetkellä kärsii noin 6 % väestöstä. Noin kuudesosa väestöstä kärsii siitä jossain elämänsä vaiheessa. Eritoten toistuvat masennusjaksot aiheuttavat luonnollisesti suurta kärsimystä sairastuneelle ja hänen läheisilleen. Masennus on suuri työkyvyttömyyden ja alentuneen työkyvyn syy. Masennustilat lisäävät myös itsemurhariskiä. Noin 5 % masentuneista tekee itsemurhan. Vakava-asteisissa masennuksissa riski itsemurhaan on 15–20 %. (Rovasalo, 2022.) Riski itsemurhaan on psykiatrisen erikoissairaanhoidon piirissä olevilla masennuspotilailla noin 20-kertainen muuhun väestöön verrattuna. Perusterveydenhuollon piirissä olevilla riski on pienempi, kuitenkin yhä merkittävä. (Isometsä, 2021.) Tätä selittää luonnollisesti se, että erikoissairaanhoidon piirissä on yleensä vakavimmista masennusoireista kärsivät potilaat. Joka tapauksessa oikeanlainen hoito vähentää itsemurhakuolleisuutta suuresti (Isometsä, 2021).

3.3 Masennuksen hoitokeinoja

Masennuksen itsehoidossa on tärkeää pyrkiä riittävään sosiaalisuuteen, päivärutiineihin, liikuntaan ja muihin harrastuksiin, koska eristäytyminen ja passivoituminen ylläpitävät ja syventävät masennusta (Rovasalo, 2022). Ammatillisen hoidon lähtökohtana on lääkärin kliiniseen tutkimukseen perustuva masennusdiagnoosi. Jokaiselle potilaalle tehdään yksilöllinen hoitosuunnitelma, jossa kartoitetaan potilaan tarpeet, käytettävissä olevat ja vaikuttavaksi osoitetut hoitomuodot sekä mahdollisesti muut tukitoimet. Hoitoon kuuluu myös potilaalle annettava psykoedukaatio. (Depressio: Käypä hoito -suositus, 2022.) Masennuksen hoitomuodot valitaan ensisijaisesti ma-

sennuksen ja oireiden vaikeusasteen perusteella. Lievissä masennuksissa saatetaan pärjätä itsehoidolla. Toisaalta depressiohoitajan lyhytterapiasta, vertaistuesta, depressiokoulusta ja nettiterapiasta on hyötyä monille lievää tai keskivaikeaa masennusta sairastavalle. Keskivaikeassa ja vaikeassa masennuksessa tarvitaan aina jonkinlaista ammatillista hoitoa, esimerkiksi psykoterapiaa, lääkkeitä ja niiden yhdistelmää. Vakavassa masennuksessa tarvitaan usein myös psykiatrista osastohoitoa, aivojen sähköhoitoa tai transkraniaalista magneettistimulaatiohoitoa. (Kampman ym., 2017.)

Hoito jaetaan kolmeen vaiheeseen. Akuuttivaiheessa hoidolle asetetaan tavoitteeksi mahdollisimman nopea ja täydellinen toipuminen. Akuuttivaihe kestää tämän tavoitteen saavuttamiseen saakka. Sen jälkeen alkaa noin puoli vuotta kestävä jatkohoitovaihe. Sen tavoitteena on estää relapsi, eli oireiden välitön palaaminen. Viimeisessä, ylläpitovaiheessa, hoidon tavoitteena on ehkäistä sairauden uudelleen puhkeaminen. (Depressio: Käypä hoito -suositus, 2022; Isometsä, 2021.)

Yleensä hoidollisesti paras tulos saavutetaan erilaisia hoitomuotoja yhdistelemällä. Tämä on tarpeen erityisesti silloin, kun on kyseessä krooninen tai hoidollisesti vaikeaksi osoittautunut masennus. Kun päätetään eri hoitomuodoista, valintaa ohjaavat erityisesti depression vaikeusaste, erilaisten hoitomuotojen saatavuus ja potilaan omat toiveet. Myös esimerkiksi potilaan psykiatrinen monihäiriöisyys, mahdollisten aiempien hoitomuotojen tehosta ja haitoista saatu kokemus, itsemurhavaara, toimintakyky ja somaattinen terveydentila vaikuttavat hoitomuodon valinnassa. (Isometsä, 2017.)

4 Interpersoonallinen ohjaus ja implementointi

Interpersoonallinen ohjaus (IPC) on jäsenelty psykologinen interventio, joka on kehitetty interpersoonallisesta psykoterapiasta (IPT) ja eroaa tästä ajallisesti (Yamamoto ym., 2018, s. 1). Koska IPC on kehitetty IPT:stä, esittelen ensimmäisessä alaluvussa yksityiskohtaisemmin IPT:n. Toisessa alaluvussa palaan IPC:hen ja siihen, millä tavoin se eroaa IPT:stä. Kolmannessa alaluvussa esittelen aiempaa tutkimusta IPC:stä. Viimeisessä alaluvussa kerron implementoinnista tämän tutkielman viitekehyksessä.

4.1 Interpersoonallinen psykoterapia

IPT on lyhytkestoinen, diagnoosikeskeinen, käytännönläheinen ja teoreettisesti yksinkertainen terapiamuoto (Karlsson & Markowitz, 2002, s. 1760). Se on tullut tunnetuksi 1980-luvulta lähtien Yhdysvalloista ja tutkimuksissa on osoitettu sen vaikuttavuus masennuksen hoidossa. IPT:n perustana on psykoanalyttisen teorian interpersoonallinen suuntaus ja John Bowlbyn kiintymyssuhdeteoria (attachment theory). Myös masennukseen liittyvä sosiaalipsykiatrinen elämäntapahtumien ja sosiaalisen tuen tutkimus on vahvistanut IPT:n perustaa. (Isometsä, 2021) Sen lähtökohtana on, että tavallisesti depressio alkaa jonkun kielteisen elämänmuutoksen seurauksena. IPT olettaa, että masennushäiriöt kehittyvät ihmistenvälisissä suhteissa ja ihmissuhteet ylläpitävät niitä. IPT:n mukaan masennusoireet ovat myös hoidettavia, lääketieteellisiä sairauksia. (Neugebauer ym., 2007, s. 220.)

IPT:ssä voidaan katsoa olevan kolme peruseriaatetta: 1) Depressio on sairaus, joka voidaan hoitaa ja siihen sairastuminen ei ole ihmisen oma syy. 2) Masennustilan jaksolla ja potilaan sosiaalisiin rooleihin vaikuttavilla elämäntapahtumilla on ei-kausallinen yhteys. Negatiiviset asiat tai tapahtumat voivat aiheuttaa mielialan alenemista ja masentunut mieliala helposti huonontaa sosiaalista toimintakykyä. Tämä taas altistaa uusille negatiivisille tapahtumille. 3) Kyseisen yhteyden ymmärtäminen voi auttaa potilasta ratkaisemaan vaikeutensa ja lievittämään masennusta. IPT:n avulla

potilaat oppivat hallitsemaan omaa elämäänsä ja ratkomaan tunneperäisesti latautuneita interpersoonallisia ongelmia. Kuitenkaan hoito ei onnistu pelkän ymmärtämisen avulla, vaan tarvitaan myös konkreettisia muutoksia potilaan elämässä. (Karlsson & Markowitz, 2002, s. 1760.)

IPT keskittyy oireisiin liittyviin tämänhetkisiin elämäntapahtumiin ja ihmissuhteisiin. Se on vaiheistettu ja aikarajallinen psykoterapia, joka kestää noin 3–4 kuukautta ja jossa on käyntejä yleensä kerran viikossa. Käyntejä on yhteensä 12–16. Tämän lisäksi voidaan antaa tuki- ja ylläpitohoitoa joka toinen viikko tai kerran kuukaudessa. Ylläpitohoitoa voidaan jatkaa esimerkiksi puolen vuoden ajan. IPT:ssä käytetään terapeuttisia tekniikoita, joilla pyritään ohjaamaan potilaan käyttäytymistä. Toimenpiteitä ovat ohjaus ja neuvonta, päätöksentekoanalyysi sekä rooliharjoitus. Neuvonta ja ohjaus eli psykoedukaatio on esimerkiksi sitä, että terapeutti informoi potilasta depressiosta. Eri vaihtoehtojen ja niiden seurausten tutkiminen on puolestaan päätöksentekoanalyysiä. Terapiassa voidaan käyttää myös rooliharjoituksia, joiden kautta potilas voi harjoitella uusia sosiaalisia taitoja ja havainnoida omia vuorovaikutustaitoja. (Kontunen & Katila, 2020, s. 129,134.) Potilasta voidaan myös pyytää täyttämään ihmissuhdekarttoja ja esimerkiksi piirtämään elämänkaarensa (Kopakkala, 2009, s. 88). Terapeuttisilla tekniikoilla pyritään rohkaisemaan potilasta käyttämään terapiaistunnolla esiin tulleita ajatuksia ja toimintatapoja läheisissä ihmissuhteissaan seuraavalla viikolla. Muutosvaiheen tueksi terapeutti voi antaa myös kotitehtäviä. (Kontunen & Katila, 2020, s. 134.)

Hoitoprosessi IPT:ssä jakautuu kolmeen vaiheeseen: aloitusvaihe (käynnit 1-3), keskivaihe (4. käynnistä noin 10. käyntiin) ja lopetusvaihe (10.-13. käynnistä 16. käyntiin) (Kontunen ym., 2007, s. 40). Terapeutti rakentaa ja ylläpitää positiivista hoitosuhdetta hoidon kaikissa vaiheissa. Hän tukee ja rohkaisee. Terapeutin tulee kuunnella potilasta tarkasti ja selventää potilaan tunteita. (Kopakkala, 2009, s. 88.)

Aloitusvaiheessa pyritään ensin kartoittamaan potilaan oireet. Oireille annetaan nimi ja potilaalle annetaan psykoedukaatiota depressioista tai muiden oireiden luonteesta. Ensimmäisessä vaiheessa terapeutti antaa potilaalle myös sairaan tai toipilaan roolin. Tässä vaiheessa kartoitetaan myös potilaan sosiaaliset suhteet ja määritellään keskeinen ongelma-alue. Aloitusvaiheessa valitaan myös hoitostrategia ja asetetaan hoidolle tavoitteet. (Kontunen & Katila, 2020, s. 134-135.)

Ensimmäisessä vaiheessa terapeutti pyrkii myös vapauttamaan potilaan syyllisyydentunteista, jotka ovat seurausta masennuksen aiheuttamista vaikeuksista suoriutua erilaisista tehtävistä (Kopakkala, 2009, s. 90).

IPT:n keskivaiheessa terapeutti auttaa potilasta käymään läpi ongelma-alueen asioita. Keskivaihe alkaa siis, kun potilaalla ja terapeutilla on yhteinen näkemys ongelma-alueesta. Ongelma-alueeksi valikoituu yksi, enintään kaksi, neljästä interpersoonallisesta ongelma-alueesta. Ongelma-alueita voivat olla suru, interpersoonalliset rooliristiriidat, roolimutokset tai interpersoonallinen arkuus (Kontunen ym., 2007, s. 63-104; Kontunen & Katila, 2020, s. 135-137.) Jokaiselle ongelma-alueelle on tietynlainen toimintatapa. Näillä toimintatavoilla tuetaan potilasta ongelmien ratkaisemisessa. Tämän myötä myös depressio-oireet lievenevät. Terapeutin tehtävänä on palauttaa keskustelu aina uudelleen aiemmin valittuun ongelma-alueeseen ja tarkastella potilaan asioita ongelma-alueen tarjoamasta näkökulmasta. Hoidon ydin on siinä, että potilasta autetaan yhdistämään mielialansa ja ihmissuhteisiin liittyvät ulkoiset tapahtumat. Terapeutti auttaa potilasta aina uudelleen oivaltamaan kiinteän yhteyden potilaan mielialan ja ihmissuhdetoimien välillä. (Kopakkala, 2009, s. 91.)

IPT:n ongelma-alueeksi valikoituu suru, kun läheisen kuolema liittyy depressiivisten oireiden alkamiseen. Silloin terapeutin tehtävä on rohkaista potilasta ajattelemaan menetystä. Tavoitteena on helpottaa suruprosessia muistelemisen avulla. Masennukseen johtavassa surussa kuolemaan liittyy usein tunteita, jotka ihminen tiedostaa vain osittain. Asiakas voi muodostaa uusia ja tietoisempia tapoja kuolleeseen liittyvien muistojen ymmärtämiseen ilmaisemalla erilaisia kuolemaan liittyviä ajatuksia ja tunteita. Sen avulla hän voi myös ymmärtää, ettei hänen täydy ylläpitää ristiriidatonta kuvaa kuolleesta. (Kontunen & Katila, 2020, s. 136.) Erityisesti hoidon loppupuolella suuntaudutaan kohti uutta. Silloin etsitään yhdessä asiakkaan kanssa keinoja, joilla voisi lisätä tyytyväisyyttä ja nautintoa elämään menetyksen ja surun tilalle. (Isometsä, 2021.)

Interpersoonallisessa rooliristiriidassa potilas ja ainakin yksi hänelle merkityksellinen henkilö ajattelevat eri tavoin heidän keskinäisestä suhteestaan. Hoidon tavoitteet ja toimintatavat riippuvat siitä, kuinka vakava-asteista ristiriidat ovat. Kun ristiriidassa olevat henkilöt käsittelevät ristiriito-

jaan, terapeutin tehtävä on antaa tukea ja ohjausta prosessissa. Suhteen ollessa umpikujassa, terapeutin tulee ensin auttaa keskusteluyhteyden avaamisessa ja sitten tukea asiakasta niin, että keskustelu voi edetä. Jos suhde on ristiriitojen vuoksi peruuttamattomasti ohi, on terapeutin tehtävä auttaa potilasta suremaan suhteen loppumista. (Kontunen & Katila, 2020, s. 136.)

Roolimuutoksilla tarkoitetaan muutoksia potilaan elämäntilanteessa. Esimerkiksi ihmissuhde on voinut alkaa tai työuralla on voinut tapahtua muutoksia. Hoidon tavoitteena on, että asiakas tunnistaa roolimutoksen, sen vaikutuksen elämäänsä sekä yhteyden masennuksen alkamiseen. Terapeutin tehtävä on auttaa asiakasta vanhaan rooliin liittyvässä surutyössä. Terapeutti myös auttaa asiakasta selviytymään uudessa roolissa ja löytämään uuden roolin hyvät puolet. (Isometsä, 2021.) Asiakasta myös autetaan hankkimaan uudessa roolissa tarvittavia taitoja (Kontunen & Katila, 2020, s. 137).

Ongelma-alueena on interpersoonallinen arkuus, kun potilaalla on vaikeuksia solmia ja ylläpitää läheisiä ihmissuhteita (Kontunen ym., 2007, s. 104). Tämä ongelma-alue eroaa kolmesta edellä esitellystä ongelma-alueesta siinä, että usein ongelma on kestänyt kauan eikä siinä välttämättä ole akuuttia stressitekijää. Potilaalla ei välttämättä ole ajankohtaisia merkittäviä ihmissuhteita ja siksi IPT:ssä kartoitetaan aiemmat suhteet monipuolisesti ja yritetään löytää suhteissa toistuvia esteitä. Myös terapeutti-potilassuhteessa ilmeneviä kokemuksia käytetään hyväksi enemmän kuin muilla ongelma-alueilla. Onnistuneisiin terapeutti-potilassuhteisiin viitaten asiakasta rohkaistaan ilmaisemaan itseään myös muissa suhteissa sekä kehittämään ja kokeilemaan sosiaalisia taitojaan ajankohtaisissa tilanteissa. (Kontunen & Katila 2015, 129.)

IPT:n lopetusvaihe on viimeiset 2-4 istuntokertaa (Kontunen ym., 2007, s. 118). Lopetusvaiheessa korostetaan, että potilas on riippumaton ja hän selviää asioista itsenäisesti. Tässä vaiheessa käydään läpi potilaan onnistumisia ja edistymistä hoidon aikana. (Kopakkala 2009, 92.) Lopetusvaiheessa käsitellään myös tunteita, joita potilaalla liittyy terapian loppumiseen. Silloin arvioidaan myös oiremuutokset ja keskustellaan, millä tavalla ihmissuhteet ovat muuttuneet. Itsenäistä selviytymistä tuetaan kartoittamalla tulevaisuudessa eteen tulevia stressitilanteita ja pohtimalla niille

selviämiskeinoja (Kontunen & Katila, 2020, s. 137.) Tällöin terapeutti muistuttaa vielä masennuksen luonteesta ja sen riskistä uusiutua (Kopakkala, 2009, s. 92). Myös jatkohoidon tarpeen arviointi kuuluu IPT:n lopetusvaiheeseen (Kontunen & Katila, 2020, s. 137).

4.2 Interpersoonallisesta psykoterapiasta kehitetty interpersoonallinen ohjaus

Interpersoonallinen ohjaus on muun terveydenhuollon kuin mielenterveystyön käyttöön IPT:stä kehitetty ohjaus- tai neuvontamenetelmä. IPC:n periaatteet ovat samat kuin IPT:n (Kontunen & Katila, 2020, s. 139). Eli IPC:n tavoitteena on käsitellä potilaiden ongelmia neljällä ihmissuhteiden ongelma-alueella: suru, interpersoonalliset rooliristiriidat, roolimutokset ja interpersoonallinen arkuus (Matsuzaka ym., 2017, s. 3). IPC on ajallisesti IPT:tä selvästi lyhyempi. Se kestää yleensä kuusi istuntokertaa, mutta kaikkia kuutta istuntoa ei tarvitse käyttää, jos potilaan oireet helpottavat jo aiemmin. Neuvonta on alun perin suunniteltu ei-psykiatrisille potilaille, joilla on lieviä masennus- tai uupumisoireita. IPC:ssä käytetään terapeuttisia toimenpiteitä hieman aktiivisemmin kuin IPT:ssä. IPC:ssä ohjausta ja neuvontaa tehostetaan myös erilaisilla kotitehtävillä. (Kontunen & Katila, 2020, s. 139.) IPC:ssä työtapoja ovat esimerkiksi kuuntelu ja kysyminen, tunteiden käsittelyyn rohkaiseminen, selventäminen, kommunikaatioanalyysi, käyttäytymisen ohjaaminen, päätöksentekoaalyysi ja rooliharjoitus (Haravuori ym., 2016, s. 160).

IPC:n vaiheet:

- alkuvaihe (2 käyntiä): oireiden ja huolien kartoitus, interpersoonallisten suhteiden kartoitus, ongelma-alueen määrittely
 - keskivaihe (3 käyntiä): työskentely ongelma-alueen parissa
 - lopetusvaihe: (1-2 käyntiä): asiakkaan tukeminen ja rohkaisu eteenpäin
- (Haravuori ym., 2016, s. 160)

4.3 Aiempia tutkimuksia interpersoonallisesta ohjauksesta

Aiemmistä tutkimuksista kuvautuu selkeästi IPC:n positiivinen vaikutus masennusoireiden lieventymisessä. Oranta (2011) tutki väitöskirjassaan 18 kuukauden seurantatutkimuksen avulla depressio-oireiden muuttumista sydäninfarktin jälkeen, kun hoitomuotona oli IPC. Tutkimuksen aikana IPC-potilaiden masennusoireet lievenivät tilastollisesti merkitsevästi verrokkiryhmään verrattuna. Masennusta mitattiin BDI:llä. Kun potilas sai BDI:ssä 10–18 pistettä, katsottiin hänellä olevan lievä masennus. 19–29 kertoi kohtalaisesta masennuksesta ja 30 ja sitä suuremmat pistemäärät tulkittiin vakavaksi masennukseksi. 18 kuukauden jälkeen kukaan IPC-potilaista ei sairastanut enää kohtalaista tai vakavaa masennusta. Alun perin niitä oli 16,7% IPC-potilaista ($n=51$) (Oranta, 2011, s. 40, 43).

Useissa muissakin tutkimuksissa on tutkittu IPC:n roolia masennuksen hoidossa eri tilanteissa. Tutkimuksissa masennusta on mitattu masennusmittareiden avulla, ja tutkimusten mukaan masennusoireet ovat IPC:n myötä lievittyneet. (ks. Ceballos ym., 2016; Kontunen ym., 2016; Matsuzaka ym., 2017; Menchetti ym., 2014; Mossey ym., 1996; Neugebauer ym., 2006, 2007; Yamamoto ym., 2018). Esimerkiksi Ceballosin ym. (2016, s. 846) tutkimuksessa potilaan ($n=1$) masennuspisteet laskivat ensimmäisen ja viimeisen session välillä PHQ-9 mittarilla mitattuna kymmenestä pisteestä kahteen pisteeseen. PHQ-9 mittarin mukaan, kun potilas saa 0–4 pistettä on potilas normaalissa tilassa ja 5–9 pistettä viittaa masennusoireisiin. PHQ-9:llä mitattuna lievän masennuksen raja on 10–14 pistettä, keskivaikean 15–19 pistettä ja vaikean 20–27 pistettä. (Kaila ym., 2012, s. 112.)

Myös remissio eli oireiden lieventyminen on IPC:n avulla tutkimusten mukaan melko suurta. Menchettin ym. (2014) tutkimuksessa vertailtiin IPC:n ja SSRI-lääkkeiden tehokkuutta masennuksen hoidossa. Tämän tutkimuksen mukaan IPC-ryhmässä ($n=136$) remission saavutti 58,7 % potilaista. SSRI-ryhmässä ($n=139$) remission saavutti 45,1% potilaista (Menchetti, 2014, s. 146.) Kontusen ym. (2016) tutkimuksessa vertailtiin puolestaan IPC:tä ja IPT:tä masennuksen hoidossa. Molempien ryhmien ($n=20$, $n=20$) potilaat hyötyivät hoidoista. Masennuksen alku- ja loppupisteet laskivat suu-

resti ja tilastollisesti merkitsevästi kahdella eri mittarilla (CORE-OM ja BDI) tarkasteltuna. (Kontunen ym., 2016, s. 91-92.) Altamuran ym. (2017) tutkimuksessa vertailtiin IPC:tä ja SSRI-lääkkeitä ei-ahdistuneiden masentuneiden ja ahdistuneiden masentuneiden potilaiden hoidossa (IPC ahdistuneet $n=9$, SSRI ahdistuneet $n=13$, IPC ei-ahdistuneet $n=8$, SSRI ei-ahdistuneet $n=11$). Tutkimuksessa kävi ilmi, että ei-ahdistuneilla remissiota tapahtui suurin piirtein yhtä paljon IPC- ja SSRI-ryhmissä (77,78 % vs. 72,73 %). Ahdistuneilla remissio oli IPC-ryhmässä täydellinen ja huomattavasti suurempi kuin SSRI-ryhmässä (100 % vs. 87,5 %). Sekä IPC- että SSRI-potilailla ahdistuneiden ja ei-ahdistuneiden masennuspisteet laskivat tilastollisesti merkitsevästi ja ahdistuneiden ahdistuspisteet laskivat tilastollisesti merkitsevästi 8 viikon hoidon jälkeen. (Altamura ym., 2017, s. 259.)

Joissakin tutkimuksissa on noussut esiin myös coping-keinojen lisääntyminen IPC:n myötä (Ceballos ym., 2016; Yamamoto ym., 2018). Coping-keinot ovat pääosin tietoisia kognitiivisia keinoja ja käyttäytymistapoja, jotka edistävät yksilön sopeutumista toimintaympäristön muutoksiin (Lönnqvist, 2021b). Ceballosin ym. (2016) tutkimuksessa ($n=1$) nousi esille myös muita olennaisia asioita, jotka liittyvät masennusoireiden lievittymiseen. IPC muun muassa auttoi potilasta parantamaan sosiaalisia suhteitaan, palautti välittämiskyvyn ja kyvyn kiintyä muihin ihmisiin sekä vahvisti potilaan luottamusta omiin kykyihinsä (Ceballos ym., 2016, s. 846).

4.4 Implementointi tämän tutkielman viitekehyksessä

Implementoinnilla tarkoitetaan näyttöön perustuvien menetelmien käyttöönottoa terveydenhuollossa. Sen avulla on tarkoitus parantaa terveydenhuollon vaikuttavuutta ja laatua. (Lindholm & Laitila, 2022, s. 881.) Implementoinnissa voidaan nähdä olevan kuusi vaihetta: kartoitus (exploration), valmistelu (installation), alkuvaiheen käyttöönotto (initial implementation), täysimääräinen käyttöönotto (full implementation), uudistaminen (innovation) ja ylläpito (sustainability). Vaiheet eivät ole lineaarisia, vaan eri vaiheet voivat vaikuttaa toisiinsa. Implementoinnin vahvistamiseksi on löydetty seitsemän ydintekijää. Niitä ovat henkilöstön valinta, koulutus, jatkuva valmennus ja konsultointi, henkilöstön arviointi ja palautteenanto, päätöksenteon tukijärjestelmät, hallinnollinen tuki sekä järjestelmien interventiot. (Fixen ym., 2009, s. 533.)

Implementointiin vaikuttavien sosiaalisten prosessien selittämiseen ja ymmärtämiseen on kehitetty sosiologisia työkaluja tarjoava normalisointiprosessiteoria (normalization process theory, NPT). Se keskittyy erityisesti kolmeen keskeiseen asiaan: 1. täytäntöönpano (implementation), jolla tarkoitetaan käytäntöjen jalkauttamista organisaation, 2. istuttaminen (embedding), jolla tarkoitetaan prosesseja, joiden kautta käytännöistä tulee työn rutiininomaisia osia, 3. integraatio (integration), jolla viitataan prosesseihin, joiden kautta käytännöt toistuvat ja tulevat osaksi organisaation rakenteita. (May ym., 2009, s. 2.) Teorian pohjalta on Newcastlen yliopistossa Iso-Britanniassa kehitetty NoMAD-työkalu, kysely, jonka avulla pyritään arvioimaan uusien toimintatapojen, käytäntöjen tai teknologioiden implementointia eli integroitumista osaksi terveydenhuoltoa (Rapley ym., 2018, s. 15). Tämän tutkielman aineisto on kerätty NoMAD-kyselyä käyttäen.

Tässä tutkielmassa olen kiinnostunut implementointiin liittyen erityisesti johdon tuesta, resursseista ja koulutuksesta. Ne liittyvät myös aiemmin esittelemiini Fixen ja kumppaneiden (2009) löytämiin implementoinnin vahvistamiseen liittyviin ydintekijöihin. Kun halutaan tuoda uusi näyttöön perustuva toiminta käytäntöön tehokkaasti, täytyy ammattilaisten oppia käyttämään uutta menetelmää (Fixen ym., 2009, s. 534). Koulutus on siis tärkeä osa implementaatiota. Koulutuksen avulla työntekijät voivat oppia uusia asioita menetelmän historiasta, teoriasta, filosofiasta ja arvoista. Keskeistä on opettaa menetelmän käyttöä ja antaa mahdollisuus myös harjoitella ja saada palautetta turvallisesti. (Shklarski, 2020, s. 107.)

Myös johdon tuella on tärkeä ja keskeinen rooli implementaation toteutumisessa. Johdon on tärkeää tukea ammattilaisia koko prosessin ajan ja tarjota heille mahdollisuus keskittyä uuteen menetelmään. (Fixen ym., 2009, s. 535.) Johtamistyyli vaikuttaa implementoinnin onnistumiseen: transformationaalinen johtajuus vahvistaa ja parantaa implementaatioprosessia (Aarons & Sommerfeld, 2012, s. 428–429). Transformationaaliseen johtajuuteen liitetään esimerkiksi yksilöllinen huomioiminen, älyllinen stimulaatio ja motivointi eli ihmiskeskeinen ja kannustava lähestymistapa (Parry & Sinha, 2005, s. 166-168,174). Transformatiivinen johtaja pyrkii lisäämään työntekijöiden luottamusta ja toimijuutta sekä antaa tarvittaessa tukea. Näin ammattilaisten on helpompi olla myös itse aktiivisesti osana implementointiprosessia. (Rijbroek ym., 2017, s. 343.)

Implementaatiossa johdon tuella ja resursseilla voidaan nähdä olevan yhteys. Johto voi tukea implementaatiota tarjoamalla asianmukaista tukea, mutta myös resursseja ja suojaa sisäisiä ja ulkoisia häiriötekijöitä vastaan (Rijbroek ym., 2017, s. 343). Resurssien yhteydessä voidaan puhua myös ihanteellisen viraston ominaisuuksista, joihin sisältyy esimerkiksi uuden käytännön ja toimipaikan yhteensopivuus, taloudellinen tuki, poliittinen ilmapiiri ja rakenteellinen vakaus (Mihalic & Irwin, 2003, s. 316; ks. myös Fixen ym., 2009, s. 535).

5 Tutkimuksen toteutus

Tässä pääluvussa esittelen ensin tutkielmani tutkimuskysymykset ja aineiston. Sen jälkeen kerron aineiston analyysimenetelmistä ja analyysin kulusta. Viimeisessä alaluvussa pohdin vielä tutkimus-eettisiä kysymyksiä.

5.1 Tutkimuskysymykset ja tutkielman aineisto

Tutkielmassani tarkastelen IPC:n hyödyllisyyttä masennuksen hoidossa. Olen kiinnostunut siitä, mikä ammattilaisten näkemys on asiaan sekä siitä, miten jotkin implementoinnissakin tunnistetut tekijät kuten johdolta saatu tuki vaikuttavat ammattilaisten kokemukseen.

Tutkimuskysymykseni ovat:

1. Kuinka hyödyllisenä ammattilaiset kokevat IPC:n masennuksen hoidossa?
2. Miten johdolta saatu tuki, resurssit, menetelmän riittävä koulutus, työtehtävä sekä työkokemus vaikuttavat ammattilaisten kokemukseen IPC:n hyödyllisyydestä masennuksen hoidossa?

Tutkielmani aineistona toimi HUS:ilta valmiina saatu NoMAD-kyselyn tulokset. Kyseessä on toisen koulutusaallon koulutusvuoden loppupuolella olleet IPC-koulutuksen osallistuneet ammattilaiset. Kyselyn vastaukset kerättiin marras-joulukuussa 2022. Kysely lähetettiin 166 koulutukseen osallistuneelle ja vastauksia saatiin 127. Kysely koostui 17 Likertin asteikollisesta kysymyksestä, jossa 1 = täysin eri mieltä ja 5 = täysin samaa mieltä. Vastausvaihtoehdoille 2, 3 ja 4 ei oltu määritelty sanallisia vastineita. Sen lisäksi kyselyssä oli yksi avoin kysymys ja neljä taustoittavaa kysymystä liittyen esimerkiksi työkokemukseen ja työtehtävään. Kaikki kysymykset ja vastausvaihtoehdot löytyvät eriteltyinä liitteestä 1.

5.2 Aineiston analyysimenetelmät ja analyysin kulku

Sain aineiston HUS:ilta Excel muodossa ja siirsin sen analyysiä varten tilasto-ohjelmistoon Jamovi 2.2.5, jossa tein kaikki aineiston analyysit. Analyysin tavoitteena oli löytää vastauksia edellisessä alaluvussa esiteltyihin tutkimuskysymyksiin. Kuitenkaan aineistossa ei löydy yhtä yksittäistä muuttujaa, joka kuvaisi IPC:n hyödyllisyyttä. Siksi lähdin liikkeelle eksploratiivisesta faktorianalyysistä, jonka pohjalta muodostin summamuuttujan nimeltä IPC:n hyödyllisyys. Summamuuttujaa tarkastelemalla pyrin löytämään vastauksen tutkimuskysymykseen 1. Sen jälkeen pyrin lineaarisen regressioanalyysin avulla ja summamuuttujaa hyödyntäen löytämään vastauksen tutkimuskysymykseen 2. Seuraavaksi esittelen tarkemmin analyysin vaiheet lähtien liikkeelle eksploratiivisesta faktorianalyysistä.

5.2.1 Eksploratiivinen faktorianalyysi

Faktorianalyysin lähtöoletus on, että aina mitattavaa ominaisuutta ei voida mitata yhdellä yksittäisellä mittarilla. Tällöin asiaa tarkastellaan monen muuttujan kautta. (Valli, 2015.) Tämä oletus pätee myös tässä tutkielmassa: aineistossa ei ole nähtävissä yhtä yksittäistä kysymystä tai mittaria, jolla olisi mitattu ammattilaisten näkemystä IPC:n hyödyllisyydestä. Kuitenkin moni kysymyksistä viittaa IPC:n hyödyllisyyteen / ei hyödyllisyyteen. Koska tutkielmassani olen kiinnostunut tutkiemaan ammattilaisten näkemyksiä IPC:n hyödyllisyydestä, lähdin tarkastelussa liikkeelle faktorianalyysistä. Faktorianalyysissä on erotettavissa kaksi toisistaan poikkeavaa lähestymistapaa: eksploratiivinen faktorianalyysi ja konfirmatorinen faktorianalyysi (Faktorianalyysi [n. 2023]). Tässä tutkielmassa käytin eksploratiivista faktorianalyysiä. Eksploratiivinen faktorianalyysi on aineistolähtöinen menetelmä, jossa tutkijalla ei ole etukäteen vahvaa oletusta faktorien lukumäärästä eikä niiden tulkinnasta (Faktorianalyysi [n. 2023]). Otin analyysiin mukaan kaikki Likert-asteikolliset muuttujat. Ulkopuolelle jätin niin sanotut taustoittavat muuttujat (työkokemus, työtehtävä, toimipiste ja maantieteellinen alue) ja avoimen kysymyksen.

Käytin analyysissä estimointimenetelmänä Maximum likelihoodia. Maximum likelihood, suurimman uskottavuuden menetelmä, on yksi kolmesta tavallisimmista estimointimenetelmistä (Faktorianalyysi, SPSS-harjoitus 1 [n. 2023]). Rotaatiomenetelmänä käytin suorakulmaista Varimax-rotaatiota. Rotaatiolla eli faktoriakselin kiertämisellä pyritään helpottamaan faktorianalyysin tulosten tulkintaa (Faktorianalyysi [n. 2023]). Rotaatiomenetelmiä on kaksi pääluokkaa, joista suorakulmarotaatiomenetelmät tuottavat keskenään korreloimattomia faktoreita. Toinen pääluokka on vinokulmarotaatiomenetelmät, joiden tuottamat faktorit voivat korreloida keskenään. (Faktorianalyysi [n. 2023].) Tässä tutkielmassa tarkoituksena oli saada keskenään korreloimattomia faktoreita. Suorakulmainen Varimax-rotaatio oli tähän sopiva. Faktorilatauksen alarajaksi määrittelin .5. Faktorilataus kertoo, kuinka paljon faktori pystyy selittämään havaitun muuttujan vaihtelua (Faktorianalyysi [n. 2023]). Joissakin oppikirjoissa faktorilatauksen alarajaksi suositellaan .3, joissakin .5 (Faktorianalyysi [n. 2023]). Faktorien määrän jätin analyysissä avoimeksi.

Aineisto tuotti kaksi faktoria, joista ensimmäisen faktorin voidaan nähdä kuvaavan ammattilaisten näkemystä IPC:n hyödyllisyydestä. Toisen faktorin jätin tässä tutkielmassa huomiotta, koska sille latautuneet muuttujat eivät ole relevantteja tutkittaessa ammattilaisten näkemyksiä IPC:n hyödyllisyydestä. Taulukossa 1 on esitelty faktorianalyysin tulokset. Toisen faktorin poisjättöä puoltaa myös se, että sen toimivuutta kuvaava ominaisarvo on hieman alle 1. Faktoreiden ominaisarvot löytyvät taulukosta 2. Ominaisarvo kertoo, kuinka hyvin faktorit selittävät havaittujen muuttujien hajontaa (Faktorianalyysi [n. 2023]). Mitä suurempi on faktorin ominaisarvo, sitä paremmin se selittää muuttujien hajontaa ja päinvastoin. Yleensä jatkoanalyysiin otetaan faktorit, joiden ominaisarvo on suurempi kuin 1. (Faktorianalyysi [n. 2023]) Ensimmäisen faktorin ominaisarvo on hyvä, 7,69.

Taulukko 1. Eksploratiivinen faktorianalyysi

	Faktori		Uni- queness
	1	2	
Jatkan IPC-menetelmän käyttöä	0.904		0.131
Pystyn sisällyttämään IPC-menetelmän olemassa olevaan työhöni	0.772		0.363
Arvostan vaikutuksia, joita IPC-menetelmällä on ollut työhöni	0.764		0.309
Pystyn näkemään IPC-menetelmän potentiaalisen arvon työni kannalta	0.759		0.311
Olen avoin IPC-menetelmään liittyville uusille työskentelytavoille kollegoiden kanssa	0.649		0.478
Työyhteisöni on yhtä mieltä siitä, että IPC-menetelmä on kannattava	0.635		0.368
Uskon, että IPC-menetelmään osallistuminen on oikeutettu osa työtäni	0.630		0.406
Avainasemassa olevat henkilöt vievät IPC-menetelmää eteenpäin ja saavat toiset ihmiset mukaan			0.545
Resursseja on riittävästi tarjolla IPC-menetelmätyön tukemiseksi työyksikössäni			0.565
Masennusoireilevien nuorten auttaminen ja tukeminen on annettu työntekijöille, joilla on IPC-menetelmän käyttöön soveltuvat taidot			0.814
Johto tukee IPC-menetelmän toteutusta riittävästi		0.702	0.369
Ymmärrän, kuinka IPC-menetelmätyö vaikuttaa oman työni luonteeseen		0.682	0.460
Hahmotan, kuinka IPC-menetelmän käyttö eroaa tavanomaisista työskentelytavoista		0.641	0.580
Työntekijöille tarjotaan riittävä koulutus IPC-menetelmän käyttöönottoon		0.567	0.605
Työyhteisöni jakaa yhteisen ymmärryksen IPC-menetelmän käyttötarkoituksesta		0.554	0.634
Luotan kollegoideni kykyyn käyttää IPC-menetelmää		0.538	0.594
Olen tietoinen IPC-menetelmän vaikutuksien raportoinnista esimerkiksi hoitotulosten seurannasta			0.665

Huomautus. "Maximum likelihood" -menetelmää käytettiin yhdessä "varimax"-rotaatioon kanssa

Taulukko 2. Ominaisarvot

Faktori	Ominaisarvo
1	7.6926
2	0.9368

Ominaisarvon lisäksi faktorimallin toimivuutta voidaan arvioida myös kommunaliteetin avulla. Kommunaliteetti kertoo, kuinka hyvin faktorit selittävät yhden yksittäisen muuttujan vaihtelun. Kommunaliteetti voi saada arvoja välillä 0–1. Sen riittävälle tasolle ei ole mitään yksiselitteistä kriteeriä: jotkut oppikirjat suosittelevat jättämään pois muuttujat, joiden arvo on alle .50, toisten mielestä raja voi olla .30. (Faktorianalyysi [n. 2023].) Taulukossa 1 sarake Uniqueness kuvaa muuttujan vaihtelua, jota kyseisen analyysin faktorit eivät pysty selittämään. Kommunaliteetin arvon saa vähentämällä Uniquenessin arvon numerosta 1. (Lurie, 2021, s. 4.) Joten ensimmäisen faktorin pienin kommunaliteetin arvo on $1 - .478 = .522$.

Ensimmäisen faktorin ominaisarvo ja kommunaliteetit olivat riittäviä, joten seuraavaksi lähdin sen perustalla muodostamaan summamuuttujaa.

5.2.2 Summamuuttujien muodostaminen

Summamuuttuja on muuttuja, jonka arvot saadaan laskemalla yhteen useiden eri muuttujien arvot. Kaikkien näiden yhteen laskettujen muuttujien tulee mitata samaa ilmiötä. (Summamuuttuja [n. 2023].) Tutkielmassani tutkin IPC:n hyödyllisyyttä ja koska aineistossa sitä ei kuvannut yksi yksittäinen muuttuja, oli mielekästä muodostaa summamuuttuja. Alaluvussa 5.2.1 kuvasin aineistolle tehdyn eksploratiivisen faktorianalyysin, josta ensimmäisen faktorin voidaan nähdä kuvaavan IPC:n hyödyllisyyttä. Faktorianalyysiin nojaten muodostin summamuuttujan, jonka nimesin muuttujaksi IPC:n hyödyllisyys. Summamuuttujassa olivat siis mukana seuraavat aineiston muuttujat: Jatkan IPC-menetelmän käyttöä, Pystyn sisällyttämään IPC-menetelmän olemassa olevaan työhöni, Arvostan vaikutuksia, joita IPC-menetelmällä on ollut työhöni, Pystyn näkemään IPC-me-

netelmän potentiaalisen arvon työni kannalta, Olen avoin IPC-menetelmään liittyville uusille työkentelytavoille kollegoiden kanssa, Työyhteisöni on yhtä mieltä siitä, että IPC-menetelmä on kannattava sekä Uskon, että IPC-menetelmään osallistuminen on oikeutettu osa työtäni.

Seuraavaksi lähdin tarkastelemaan summamuuttujan luotettavuutta. Sitä voi lähestyä esimerkiksi validiteetin ja reliabiliteetin kautta (Mittaaminen [n. 2023]). Mittarin validiteetti kertoo, kuinka hyvin mittari mittaa juuri sitä ilmiön ominaisuutta, jota sen oli tarkoitus mitata (Mittaaminen [n. 2023]). Tässä tutkielmassa kyse oli siitä pohdinnasta, mittaako summamuuttujaan otetut muuttujat IPC:n hyödyllisyyttä. Validiteetin mittaamiseen ei ole olemassa mitään selkeää matemaattista kaavaa (Mittaaminen [n. 2023]) ja huomasin, että tämä pohdinta tuotti melko paljon työtä. Alla pohdintoja summamuuttujan validiteetista.

Jatkan IPC-menetelmän käyttöä. Arvostan vaikutuksia, joita IPC-menetelmällä on ollut työhöni. Pystyn näkemään IPC-menetelmän potentiaalisen arvon työni kannalta. Uskon, että IPC-menetelmään osallistuminen on oikeutettu osa työtäni. Ajattelin näiden kaikkien kuvaavan melko hyvin ammattilaisten näkemyksiä IPC:n hyödyllisyydestä. Jos ammattilainen kokee IPC:stä olevan asiakkaalle hyötyä, luultavasti hän haluaa jatkaa menetelmän käyttöä, arvostaa menetelmästä tulleita vaikutuksia, näkee potentiaalisen arvon työn kannalta ja uskoo menetelmän olevan oikeutettu osa työtään. Jos hän kokee menetelmän hyödyttömäksi, ajatukset ovat varmasti päinvastaiset. Toki esimerkiksi menetelmän potentiaalinen arvo ja usko siihen, että menetelmään osallistuminen on oikeutettu osa työtä, voidaan nähdä myös muulla tavalla. Voi olla, että hyötyä ei ole ollut nähtävissä, mutta ammattilainen olettaa hyödyn jossain vaiheessa tulevan. Näiden kohdalla kuitenkin mietin, että koska aineisto oli kerätty koulutuksen loppuvaiheessa, ehkä ainakaan kaikki vastaajat eivät vielä olleet käyttäneet IPC:tä työssään kovin paljoa. Joten vaikka hyötyä ei olisi vielä ollut, menetelmän potentiaalisen arvon näkeminen ja usko menetelmän oikeutukseen työssä voisi tarkoittaa, että ammattilainen arvioi IPC:n hyödylliseksi.

Pystyn sisällyttämään IPC-menetelmän olemassa olevaan työhöni. Tämän kohdalla huomasin miettiväni asiaa enemmän ja välissä mietin tämän poisjättämistä. Mietin nimittäin, että tämä saattaa osaksi liittyä myös muun muassa resursseihin, koulutukseen tai johdon tukeen. Eli vaikka am-

mattilainen muuten kokisi IPC:n hyödylliseksi, hän saattaisi esimerkiksi kokea, että ei osaa menetelmää riittävästi, hänellä ei ole aikaa sen käyttämiseen tai johto ei tue menetelmän käyttöä. Toisaalta koin, että se liittyy myös IPC:n hyödyllisyyteen: jos ammattilainen kokee menetelmän hyödylliseksi, hän saattaa tehdä enemmän asiaan eteen, vaikka tiellä olisi joitain esteitä. Ja jos ammattilainen ei koe menetelmää hyödylliseksi, hän ei varmastikaan yritä sisällyttää menetelmää työhönsä.

Olen avoin IPC-menetelmään liittyville uusille työskentelytavoille kollegoiden kanssa. Myös tätä huomasin miettiväni hieman kauemmin. Vaikka ammattilainen kokisi IPC:n hyödylliseksi asiakkaan masennuksen hoidossa, ei häntä välttämättä innosta kollegoiden kanssa työskentely menetelmään liittyen. Toisaalta mietin, että jos ammattilainen kokee menetelmän tarpeeksi hyödylliseksi, hän saattaa olla valmis kollegoiden kanssa työskentelyyn, vaikka se ei olisi hänelle mieleisin asia. Ja toisaalta, jos ammattilainen kokee menetelmän hyödyttömäksi, tuskin hän lähtee työskentelemään siihen liittyen kollegoiden kanssa, vaikka kollegoiden kanssa työskentely sattuisi olemaan yksi lempipuhusta.

Työyhteisöni on yhtä mieltä siitä, että IPC-menetelmä on kannattava. Tätäkin mietin hieman: vaikka suurin osa työyhteisössä kokisi menetelmän hyödylliseksi, miten hän olisi vastannut tähän, jos joukkoon kuuluu yksi, joka ei koe niin?

Kuitenkin ajattelin, että kaikki edellä esitellyt muuttujat ovat valideja osia summamuuttujassa, koska juuri ne latautuivat eksploratiivisen faktorianalyysin ensimmäiselle faktorille. Eli en ole itse mielivaltaisesti päättänyt, että näiden muuttujien kuuluu olla samassa summamuuttujassa, vaan perustin ajatuksen faktorianalyysin pohjalle. Pitää myös muistaa, että yritän selvittää ammattilaisten näkemyksiä IPC:n hyödyllisyydestä masennuksen hoidossa. Voi siis olla, että asiakas kokee hyötyneensä IPC:stä ja kuitenkin ammattilainen ei koe sitä tarpeeksi hyödylliseksi jatkaakseen tai päinvastoin. Myös asiakkaan kokemat hyödyt IPC:stä voivat olla moninaisia ja niitä voin vain yrittää arvailla. Täydellistä vastausta summamuuttujan validiteetista on vaikeaa saada. Kuitenkin minun täytyi mennä analyysissä eteenpäin ja hyväksyä tämä analyysiin sisältyvä epävarmuus.

Luotettavuutta mitattaessa reliabiliteetti kuvaa puolestaan sitä, kuinka johdonmukainen mittari on ja mittaako se aina samaa asiaa. Reliaabeli mittari ei ole siis sattumanvarainen ja olosuhteisiin sidonnainen. Reliabiliteettia voidaan mitata Cronbachin alfan avulla. (Mittaaminen [n. 2023].) Cronbachin alfa voi saada arvoja välillä 0-1 ja yleensä hyvän mittarin kohdalla arvon oletetaan olevan suurempi kuin .60 (Valli, 2015). Summamuuttujan IPC:n hyödyllisyys Cronbachin alfa oli .925, joka on todella hyvä.

Cronbachin alfan ja validiteettiin liittyvien pohdintojen perusteella oletin tässä vaiheessa analyysiä, että summamuuttuja IPC:n hyödyllisyys on suhteellisen luotettava. Koska summamuuttujaa tarkastelemalla pyrin löytämään vastauksia tutkimuskysymykseen *1. Kuinka hyödyllisenä ammatillaiset kokevat IPC:n masennuksen hoidossa?* seuraavaksi tarkastelin summamuuttujien yleisimpiä tunnuslukuja. Esittelen ne tutkielman tulososuuksessa.

Analyysin seuraava vaihe oli usean muuttujan lineaarinen regressioanalyysi, jota tarkastelemalla pyrin löytämään vastauksia tutkimuskysymykseen 2.

5.2.3 Usean muuttujan lineaarinen regressioanalyysi

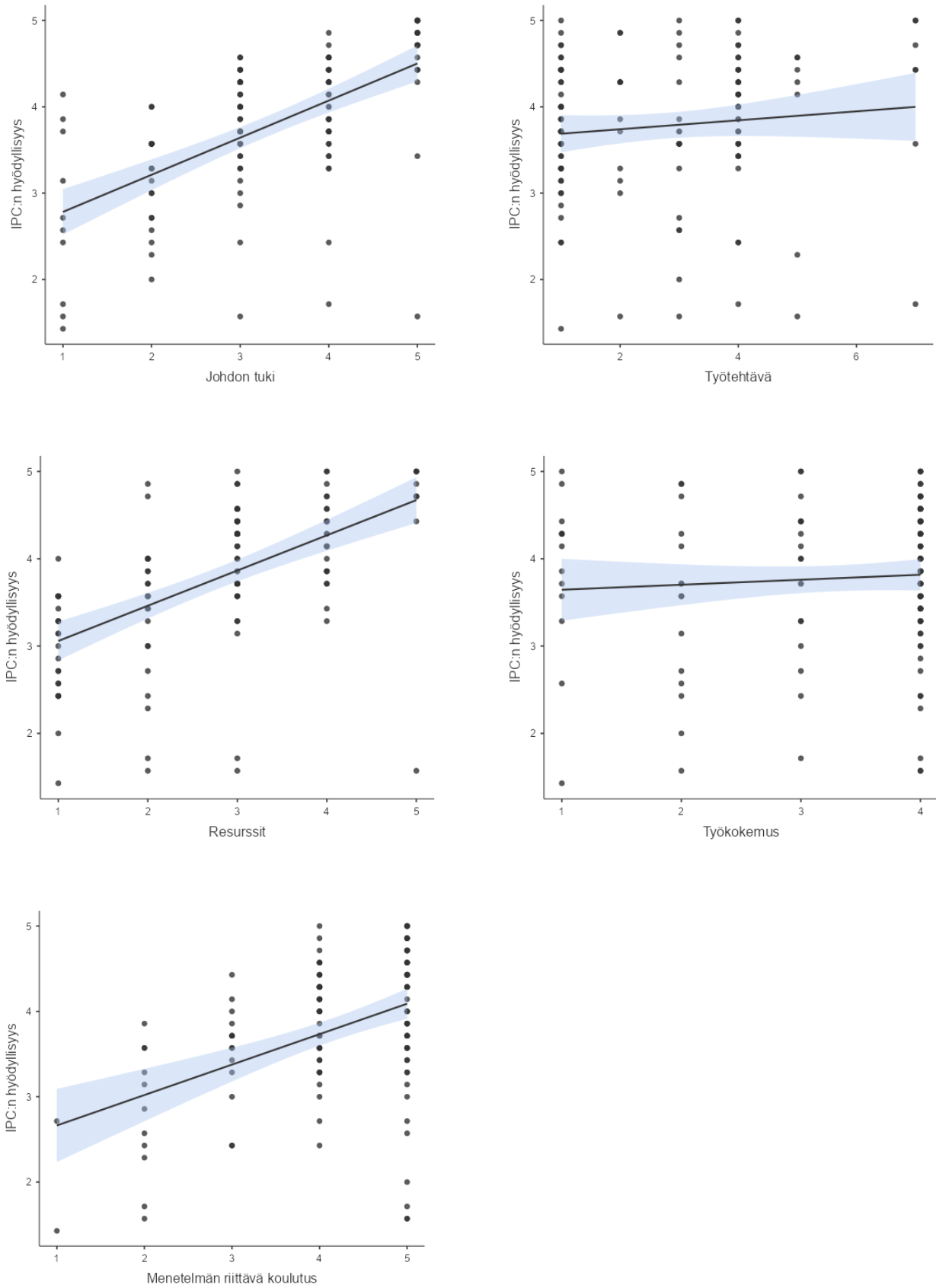
Regressioanalyysi on monipuolinen menetelmä, kun halutaan tutkia muuttujien välisiä suhteita. Sen avulla voidaan tutkia yhden tai useamman selittävän muuttujan yhteyttä selitettävään muuttajaan. Sen avulla ei pystytä kuitenkaan selvittämään yhteyden kausaalisuutta. (Kaakinen & Ello-nen [n. 2023].) Tutkielmassani tutkimuskysymyksessä *2. Miten johdolta saatu tuki, resurssit, menetelmän riittävä koulutus, työtehtävä sekä työkokemus vaikuttavat ammattilaisten kokemukseen IPC:n hyödyllisyydestä masennuksen hoidossa?*, selitettävänä muuttujana toimi summamuuttuja IPC:n hyödyllisyys ja selittävänä muuttujana johdolta saatu tuki, resurssit, menetelmän riittävä koulutus, työtehtävä ja työkokemus.

Regressioanalyysistä on olemassa useita variaatioita, joista käyttämäni lineaarinen regressioanalyysi on yksi. Siinä selittäviä muuttujia on enemmän kuin yksi ja niiden yhteys selitettävään muuttajaan on lineaarinen. Lineaariseen regressioanalyysiin kuuluu lineaarisuusoletuksen lisäksi

myös useita muita oletuksia. Jotta tuloksia voidaan pitää luotettavina, tulisi näiden oletusten täyttyä. Käytännössä oletukset harvoin kuitenkaan toteutuvat kokonaan, mutta silloinkin analyysimenetelmää voidaan pitää suhteellisen luotettavana. (Kaakinen & Ellonen [n. 2023].) Seuraavaksi esitelen oletukset ja kuinka ne toteutuivat tämän aineiston osalta.

Oletus 1: selitettävän ja selittävien muuttujien välillä on lineaarinen yhteys (Kaakinen & Ellonen [n. 2023]).

Tässä tutkielmassa selitettävä muuttuja oli IPC:n hyödyllisyys ja selittäviä muuttujia johdon tuki (aineiston kysymys: Johto tukee IPC-menetelmän toteutusta riittävästi), resurssit (aineiston kysymys: Resursseja on riittävästi tarjolla IPC-menetelmätyön tukemiseksi työyksikössäni), menetelmän riittävä koulutus (aineiston kysymys: Työntekijöille tarjotaan riittävä koulutus IPC-menetelmän käyttöönottoon), työtehtävä (aineiston kysymys: Työtehtävä, jossa olen käyttänyt menetelmää) sekä työkokemus (aineiston kysymys: Työkokemus opiskeluhuollon palveluista tai sosiaali- tai terveysalalta vuosissa). Lineaarinen yhteys havaittiin muiden selittävien muuttujien osalta paitsi työkokemus ja työtehtävä. Siksi jätin ne regressioanalyysin ulkopuolelle ja jatkoin tarkastelua johdon tuen, resurssien ja menetelmän riittävän koulutuksen osalta. Yhteydet on esitelty kuvassa 1.



Kuva 1. Selitettävän ja selittävien muuttujien välinen lineaarinen yhteys

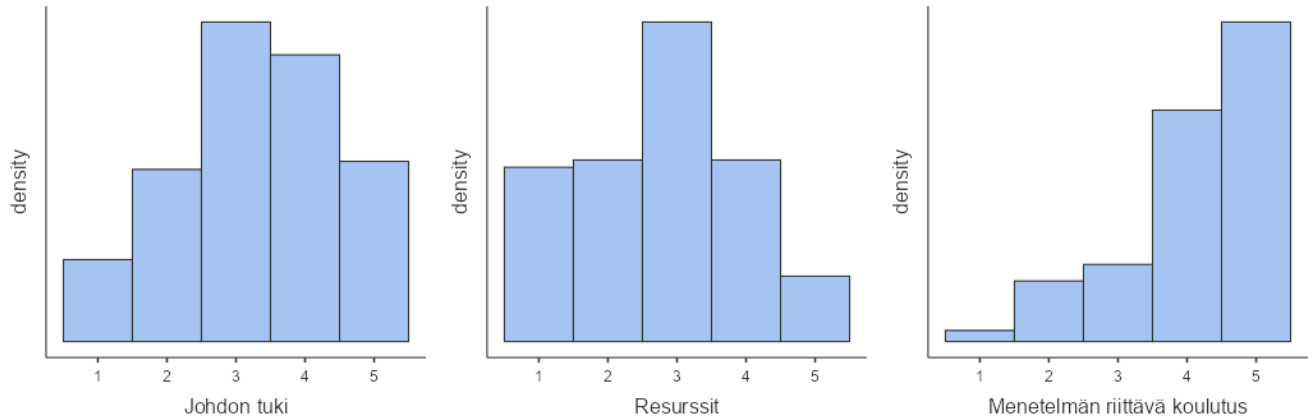
Oletus 2: Selitettävä muuttuja on vähintään välimatka-asteikollinen, jatkuva ja vaihteluväliltään rajoittamaton. Selittävät muuttujat ovat vähintään välimatka-asteikollisia tai dummy-muuttujia. (Kaakinen & Ellonen [n. 2023].)

Ihmistieteissä selitettävää muuttujaa koskevasta oletuksesta poiketaan usein: selitettävä muuttuja on usein diskreetti eikä jatkuva ja vaihteluväliltään rajattu. Kuitenkin oletus välimatka-asteikollisuudesta säilyy. (Kaakinen & Ellonen [n. 2023].) Yleensä Likert-asteikkoa käsitellään järjestysasteikollisena mittarina (Mittaaminen [n. 2023]). Näin ollen selitettävän muuttujaa koskeva välimatka-asteikollisuuden oletus ei tässä aineistossa toteutuisi. Kuitenkin useasta väittämästä koostuvaa Likert-asteikollista summamuuttujaa voidaan käsitellä myös välimatka-asteikollisena muuttujana (Norman, 2010, s. 629). Tutkielmassa analysoitavan aineiston kaikki väittämät ovat Likert-asteikollisia. IPC:n hyödyllisyys -muuttujassa eli selitettävässä muuttujassa väittämiä on yhteensä seitsemän. Koska muuttuja on useasta muuttujasta koottu summamuuttuja, tässä tutkielmassa sen katsottiin olevan välimatka-asteikollinen muuttuja. Selittävät muuttujat laitoin Jamovissa analyysiin dummy-muuttujina. Dummy-muuttujia luodaan yksi vähemmän kuin alkuperäisessä muuttujassa on vastausvaihtoehtoja (Kaakinen & Ellonen [n. 2023]). Analyysistä pois jäävä vastausvaihtoehto on niin sanottu referenssikategoria, johon regressiokertoimia verrataan (Kaakinen & Ellonen [n. 2023]). Tässä tutkielmassa se tarkoittaa, että jokaisesta selittävästä muuttujasta tehtiin neljä dummy-muuttujaa, koska kaikissa selittävässä muuttujissa on viisi vastausvaihtoehtoa. Referenssikategoriaksi valitsin vastausvaihtoehdon 1, eli tein dummy-muuttujat vastausvaihtoehdoille 2,3,4 ja 5.

Yllä oleviin asioihin pohjalta totesin, että oletus 2 täyttyy riittävässä määrin.

Oletus 3: Selittävien muuttujien arvot vaihtelevat eli muuttujien varianssit eivät ole nolliä (Kaakinen & Ellonen [n. 2023]).

Oletus toteutui aineiston kohdalla. Tämä on nähtävissä histogrammeista kuvassa 2.



Kuva 2. Muuttujan varianssi $\neq 0$

Oletus 4: Selittävät muuttujat eivät korreloi vahvasti keskenään eli niiden välillä ei ole täydellistä multikollineaarisuutta (Kaakinen & Ellonen [n. 2023]).

VIF-arvon (variance inflation factor) avulla voidaan tunnistaa multikollineaarisuutta. Jos VIF-arvo on suurempi kuin 10, voidaan puhua vakavasta multikollineaarisuudesta. (Fahrmeir ym., 2013, s. 158.) Tässä aineistossa suurin VIF-arvo on 1.24, eli selittävien muuttujien välillä on vain pientä korrelaatiota. VIF-arvoihin peilaten totesin, että oletus täyttyy. Kaikki VIF-arvot löytyvät taulukosta 3.

Taulukko 3. Selittävien muuttujien VIF-arvot

	VIF
Johdon tuki	1.24
Resurssit	1.20
Menetelmän riittävä koulutus	1.11

Oletus 5: Selittävien muuttujien virhetermien keskiarvo on nolla (Kaakinen & Ellonen [n. 2023]).

Tässä aineistossa virhetermin keskiarvo oli $-5,55e-17$, joten tulkitsin sen nolllaksi. Näin ollen oletus täyttyi.

Oletus 6: Mikään selittävistä muuttujista ei korreloi virhetermin kanssa (Kaakinen & Ellonen [n. 2023]).

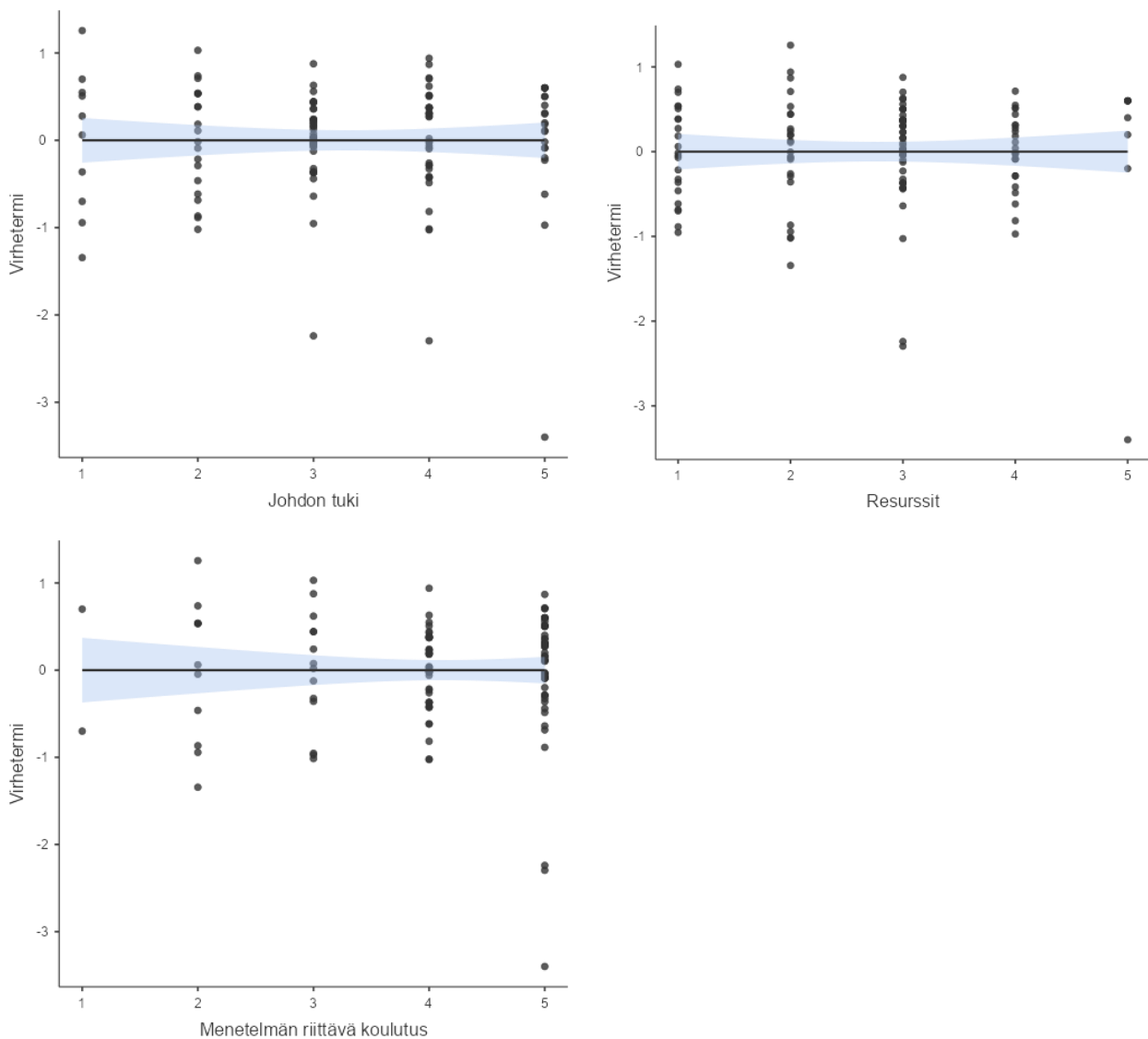
Kaikkien muuttujien osalta korrelaatiokerroin oli nolla, eli tämä oletus toteutui. Korrelaatiot ovat nähtävissä taulukossa 4.

Taulukko 4. Virhetermin ja selittävien muuttujien korrelaatiot

		Virhetermi
Johdon tuki	Pearsonin korrelaatio	0.000
	p-arvo	1.000
Resurssit	Pearsonin korrelaatio	0.000
	p-arvo	1.000
Menetelmän riittävä koulutus	Pearsonin korrelaatio	0.000
	p-arvo	1.000

Oletus 7: Virhetermi on homoskedastinen eli virhetermien varianssi on sama kaikilla selitettävän muuttujan ennustetuilla arvoilla (Kaakinen & Ellonen [n. 2023]).

Tämän aineiston osalta oletus täyttyy melko hyvin. Joitain yksittäisiä poikkeamia on, mutta tulkitsin ettei poikkeavuudet ole liian suuria. Tämä on nähtävissä alla kuvassa 3.



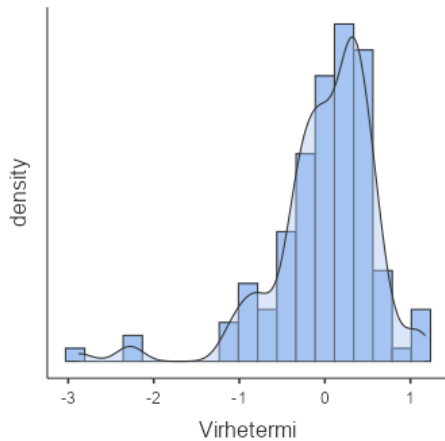
Kuva 3. Virhetermin varianssi

Oletus 8: Havaintojen virhetermit eivät korreloi keskenään (Kaakinen & Ellonen [n. 2023]).

Virhetermin korrelaatiota voi tutkia Durbin-Watson testillä (Lee, 2014). Durbin-Watson testi voi saada arvoja välillä 0-4 ja optimaalisessa tilanteessa testin arvo olisi 2 (Savin & White, 1977, s. 1991). Tämän aineiston kohdalla arvo on 2.20, mikä on hieman liian suuri. Kuitenkin p-arvo on selvästi yli tilastollisen merkitsevyyden ($p=0.294$), joten virhetermien keskinäinen korrelaatio ei ole tilastollisesti merkitsevä. Tulkitsin siis, että oletus toteutuu.

Oletus 9: Regressioyhtälön virhetermi on normaalisti jakautunut (Kaakinen & Ellonen [n. 2023]).

Kuten histogrammi kuvassa 4 osoittaa, tämä ei aineistossa täysin toteudu. Kuvassa vasemmalla olevaa häntää lukuun ottamatta jakauma on kuitenkin suurin piirtein normaali. Tulkitsin siis, että oletus toteutuu riittävästi ja jatkoin analyysin kanssa työskentelyä.



Kuva 4. Virhetermien normaalijakautuneisuus

Kaikki oletukset eivät tässä aineistossa täysin toteudu. Mutta kuten edellä nostin esiin, käytännössä oletukset harvoin täyttyvät kokonaisuudessaan (Kaakinen & Ellonen [n. 2023]). Tulkitsin oletusten toteutuvan riittävästi, joten jatkoin regressioanalyysin toteuttamista eteenpäin johdon tuen, resurssien ja menetelmän riittävän koulutuksen osalta. Tutkielman lopuksi pohdintaosuudessa mietin vielä, miten joidenkin oletusten toteutumattomuus mahdollisesti vaikutti tuloksiin.

Seuraava vaihe oli siis itse regressioanalyysi. Kuten summamuuttujan arvoja, myös regressioanalyysin tuloksia esittelen seuraavassa pääluvussa.

5.3 Tutkimuseettiset kysymykset ja tutkijan positio

Tutkimuseettiset kysymykset kulkevat läpi koko tutkimuksen ja lopulta jokainen tutkija vastaa itse tekemistään eettisistä valinnoista. Kuitenkin on olemassa paljon yhdessä sovittuja tutkimuseettisiä tavoitteita ja periaatteita, joita tutkijan tulee parhaansa mukaan noudattaa. (Kuula, 2011.) Olen noudattanut tutkielmassani tutkimuseettisen neuvottelukunnan ohjeita hyvästä tieteellisestä käytännöstä. Sen peruseriaatteita ovat luotettavuus, rehellisyys, arvostus ja vastuunkanto. Hyvä tieteellinen käytäntö koostuu hyvistä tieteellisistä menettelytavoista, jotka voidaan jakaa kahdeksaan toiminnan alueeseen: 1) toimintaympäristö, 2) koulutus, ohjaus ja mentorointi, 3) tieteellisen työn tekeminen, 4) eettisyys ja ennakointi, 5) tutkimusaineistojen käsittely ja hallinta, 6) yhteistyö, 7) tekijyys, julkaiseminen ja viestintä sekä 8) asiantuntija- ja arviointitehtävät. (TENK, 2023, s. 11.) Tässä tutkielmassa on keskeistä huomioida toiminnan alueista etenkin eettisyys ja ennakointi, tutkimusaineistojen käsittely ja hallinta, yhteistyö sekä tekijyys, julkaiseminen ja viestintä.

Eettisyyteen ja ennakointiin liittyy muun muassa lupien ja suostumusten järjestäminen sekä oman tieteenalan ja tutkimuseettisen neuvottelukunnan hyvien tieteellisten sääntöjen noudattaminen (TENK, 2023, s. 13). Tässä tutkielmassa luvat hoituivat HUS:in kanssa sähköpostin kautta sopimalla. Koska kyseessä oli heidän keräämä aineisto, HUS:in yhteyshenkilö hoiti luvat HUS:in päässä. Tutkimusaineistojen käsittely ja hallinta sisältää esimerkiksi aineiston käsittelyyn, säilyttämiseen sekä salassapitoon liittyvät asiat ja yhteistyöhön sisältyy esimerkiksi yhteistyökumppaneiden kanssa sovittavat oikeudet ja velvollisuudet (TENK, 2023, s. 13–14). Sain aineiston HUS:ilta salatun sähköpostin kautta Excel-tiedostona. Aineistossa oli yksi avoin kysymys, jonka vastaukset olivat jo valmiiksi anonymisoitu. Latasin aineiston koneelleni ja kopioin käyttämäni tilasto-ohjelmaan Jamoviin. Kun tutkielman prosessi on saatettu loppuun ja tutkielma tarkastettu, poistan aineiston kokonaan koneeltani. Sekä Excelistä että Jamovista.

Tekijyys, julkaiseminen ja viestintä kattaa muun muassa muiden töiden kunnioittamisen ja asianmukaiset viittaukset (TENK, 2023, s. 14). Pyrin tutkielmassani koko matkan kunnioittamaan muiden julkaisuja ja viittaamaan asianmukaisella tavalla. Osa lähteistä avautuu kuitenkin sellaisissa

lukuohjelmissa, että sivunumeroita ei ole mahdollista saada näkyville. Osa lähteistä on myös teollisia nettijulkaisuja ilman sivunumeroita. Sen vuoksi osa käyttämistäni viitteistä on merkitty ilman sivunumeroita, vaikka meidän laitoksemme mukaan ne pitäisi aina olla merkitty.

Aiemmin tässä pääluvussa olen nostanut esille myös tutkielman luotettavuuteen liittyviä asioita. Pohdin etenkin summamuuttujan validiteettia ja regressioanalyysin oletuksia, jotka eivät toteutuneet kokonaisuudessaan. Mutta koska validiteetin mittaamiseen ei ole olemassa mitään selkeää matemaattista kaavaa (Mittaaminen [n. 2023]) ja käytännössä lineaarisen regressioanalyysin oletukset harvoin täyttyvät kokonaisuudessaan (Kaakinen & Ellonen [n. 2023]), ajattelin, että tässä luotan omaan harkintakykyyni ja jatkoin analyysin tekoa. Toki pohdin näihin liittyen melko paljonkin analyysin ja sitä kautta myös tulosten luotettavuutta. Kuitenkaan täyttä varmuutta näistä ei voi saada ja ajattelin, että aina tutkimukseen liittyy tiettyä epävarmuutta. Ajattelen siis, että myös tutkielman luotettavuuden kannalta tutkielma kestää hyvin päivän valoa.

Myös omaa tutkijan positiota on tärkeää miettiä kriittisesti ja rehellisesti. Jokaisella ihmisellä on menneisyytensä ja oma tapansa tutkia ja ymmärtää maailmaa. Oma maailmankuvani vaikuttaa väistämättä myös tämän tutkielman eri vaiheissa. Tutkimuksen myötä saadaan monenlaista informaatiota ja tutkija omalta osalta vaikuttaa siihen, millaista informaatio on (Pietarinen, 2002, s. 63). On siis mahdotonta olla täysin vaikuttamatta informaation luonteeseen, mutta pyrin tutkielmaa tehdessäni olemaan mahdollisimman puolueeton.

Eriyisesti olen kiinnittänyt huomiota siihen, että suhtautumiseni IPC:hen oli valmiiksi positiivisesti latautunut. Jatkoin tätä tutkielmaa kandidaatin tutkielman pohjalta, jossa tein kirjallisuuskatsauksen IPC:n roolista masennuksen hoidossa. Kandidaatin tutkielman tuloksista ilmeni, että IPC on toimiva työkalu masennuksen hoidossa. Vaikka tulokulmani tässä tutkielmassa on hieman erilainen, on minun tärkeää tiedostaa, että lähtöoletukseltani ajattelen IPC:n olevan hyvä työkalu masennuksen hoidossa. Kuitenkin, koska tiedostan ajatukseni, voin helpommin välttää vääristyneen tiedon muodostamiselta. Lisäksi, koska en ole itse kerännyt aineistoa, ei ainakaan aineistossa näy minun suhtautumiseni asiaan.

Pyrin ottamaan tutkijan positioni huomioon esimerkiksi, kun mietin, onko summamuuttuja validi. Käytin melko paljon aikaa sen miettimiseen, mitä tarkoittaa IPC:n hyödyllisyys ammattilaisten näkökulmasta ja vastaavatko summamuuttujan muuttujat tähän kysymykseen. Pyörittelin asiaa mielessäni ja palasin asian äärelle moneen kertaan analyysin aikana. Halusin kunnolla pohtia, näenkö itse IPC:n hyödyllisyyden tietyllä tapaa ja vaikuttaako se siihen, miten validina pidän mittaria. Tietenkin pohdin muutenkin, ovatko tutkimuskysymykset ja analyysitavat juuri oikeat tämän aineiston kannalta. Huomasin, että pohdinnassa oli yllättävän vaikeaa päästä lopputulokseen. Päädyin lopulta hyväksymään sen, että täydellistä objektiivisuutta ei voi saavuttaa ja analyysin kanssa täytyy vain mennä eteenpäin.

6 Tulokset

Seuraavaksi esittelen tutkielman tulokset. Ensin käyn läpi summamuuttujan yleisimpiä tunnuslukuja, joiden avulla selvitin tuloksia tutkimuskysymykseen 1. *Kuinka hyödyllisenä ammattilaiset kokevat IPC:n masennuksen hoidossa?* Sen jälkeen esittelen usean muuttujan lineaarisen regressioanalyysin tuloksia liittyen tutkimuskysymykseen 2. *Miten johdolta saatu tuki, resurssit, menetelmän riittävä koulutus, työtehtävä sekä työkokemus vaikuttavat ammattilaisten kokemukseen IPC:n hyödyllisyydestä masennuksen hoidossa?*

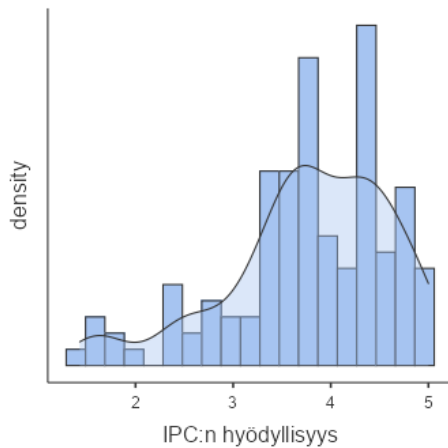
6.1 IPC:n hyödyllisyys masennuksen hoidossa

Muuttuja IPC:n hyödyllisyys oli siis summamuuttuja, joka koostui seitsemästä aineiston kysymyksestä. Taulukossa 5 on eritelty summamuuttujan sisältämät kysymykset, niiden otoskoko (N), puuttuvat vastaukset (NA), keskiarvot ja keskihajonnat. Taulukon alin rivi, joka on kokonaisuudessaan lihavoitu, kertoo itse summamuuttujan arvot.

Taulukko 5. Summamuuttujan erittely

	N	NA	keskiarvo	keskihajonta
Jatkan IPC-menetelmän käyttöä	126	9	3.94	1.06
Pystyn sisällyttämään IPC-menetelmän olemassa olevaan työhöni	127	8	3.71	1.13
Arvostan vaikutuksia, joita IPC-menetelmällä on ollut työhöni	127	8	3.73	1.05
Pystyn näkemään IPC-menetelmän potentiaalisen arvon työni kannalta	127	8	3.98	0.959
Olen avoin IPC-menetelmään liittyville uusille työskentelytavoille kollegoiden kanssa	127	8	4.00	0.777
Työyhteisöni on yhtä mieltä siitä, että IPC-menetelmä on kannattava	126	9	3.17	1.04
Uskon, että IPC-menetelmään osallistuminen on oikeutettu osa työtäni	127	8	3.87	0.992
IPC:n käytännöllisyys	126	9	3.78	0.836

Taulukosta on nähtävissä, että vastaajat (n=117) kokivat IPC:n verrattain hyödylliseksi masennuksen hoidossa. Kun mitta-asteikko oli 1–5, voidaan ajatella, että vastaus 3 kertoi melko neutraalista suhtautumista kysytyyn asiaan. Vastausten 1 ja 2 voitiin nähdä kuvastavan negatiivista suhtautumista ja vastaukset 4 ja 5 positiivista suhtautumista. Summamuuttujan keskiarvo oli hieman positiivisen puolella, 3.78. Keskihajonta oli 0.836, joten suurin osa vastauksista sijoittui luvusta 3 ylöspäin ja luvun 4 paikkeille. Kuvassa 5 IPC:n hyödyllisyys on nähtävissä visuaalisessa muodossa. Vaikka osa vastauksista oli sijoittunut myös janan alkuun, oli ehdottomasti suurin osa vastauksista janan loppupuolella.



Kuva 5. IPC:n hyödyllisyys

Näiden arvojen ja kuvan perusteella voidaan todeta, että ammattilaiset kokivat IPC:n hyödylliseksi työkaluksi masennuksen hoidossa.

6.2 Johdon tuen, resurssien ja menetelmän riittävän koulutuksen merkitys

Kuten alaluvussa 6.1 totesin, ammattilaiset kokivat IPC:n hyödylliseksi työkaluksi masennuksen hoidossa. Usean muuttujan lineaarisen regressioanalyysin avulla tutkin johdon tuen, resurssien ja

menetelmän riittävän koulutuksen vaikutusta ammattilaisten kokemukseen IPC:n hyödyllisyydestä. Regressioanalyysin tulokset ovat nähtävissä taulukossa 6.

Taulukko 6. Usean muuttujan lineaarinen regressioanalyysi

korjattu R ²	F-testi	p-arvo
0.412	8.30	< .001

IPC:n hyödyllisyys

Ennustava muuttuja	estimaatti	estimaatin keskivirhe	t-testi	p-arvo
Leikkauspiste ^a	2.071	0.453	4.572	< .001
Johdon tuki:				
2 – 1	0.366	0.282	1.301	0.196
3 – 1	0.581	0.290	2.002	0.048
4 – 1	0.659	0.290	2.273	0.025
5 – 1	1.232	0.332	3.707	< .001
Resurssit:				
2 – 1	0.249	0.204	1.221	0.225
3 – 1	0.523	0.229	2.284	0.024
4 – 1	0.650	0.250	2.597	0.011
5 – 1	0.436	0.364	1.198	0.233
Menetelmän riittävä koulutus:				
2 – 1	0.368	0.533	0.690	0.492
3 – 1	0.461	0.565	0.816	0.416
4 – 1	0.821	0.541	1.517	0.132
5 – 1	0.705	0.542	1.300	0.196

^a Edustaa viitetasoa

Ensin on mielekästä tarkastella tämän regressioanalyysin selitysvoimaa yleisellä tasolla. Taulukon ylälaidassa on nähtävissä korjattu R²-luku. Se ilmaisee, kuinka suuren osuuden selittävät muuttujat pystyvät selittämään selitettävän muuttujan vaihtelusta (Kaakinen & Ellonen [n. 2023]). Luku voi saada arvoja yhden ja nollan välillä. Korjatussa R²-luvussa on otettu huomioon, että selittäviä muuttujia on useita. (Kaakinen & Ellonen [n. 2023].) Tässä mallissa korjattu R²-luku oli .412 eli

selittävät muuttujat selittivät 41,2 % IPC:n hyödyllisyyden vaihtelusta. Luku on kohtalainen, mutta melko paljon ammattilaisten kokemuksesta IPC:n hyödyllisyydestä tämän analyysin avulla kuitenkin selittämättä.

Toinen taulukosta löytyvä selitysvoimaa kuvaava luku on F-testi (Kaakinen & Ellonen [n. 2023]). F-testin avulla selviää, pystytäänkö selitettävää muuttujaa ylipäänsä selittämään regressioanalyysissä mukana olevilla selittäville muuttujilla. F-testin tulokinnassa ollaan kiinnostuneita F-testin p-arvosta. Eli jos p-arvo on tilastollisesti merkitsevä, selittävät muuttujat pystyvät selittämään selitettävän muuttujan vaihtelua. (Kaakinen & Ellonen [n. 2023].) Tämän analyysin tulos oli tilastollisesti erittäin merkitsevä ($F=8.30$, $p<.001$) eli F-testin mukaan valitut selittävät muuttujat selittivät hyvin IPC:n hyödyllisyyden vaihtelua.

Seuraavissa alaluvuissa esittelen erikseen jokaisen selittävän muuttujan vaikutuksia IPC:n hyödyllisyyteen. Kaikkien muuttujien referenssikategoria on vastausvaihtoehto 1. Kaikki seuraavissa alaluvuissa esiteltävät tunnusluvut löytyvät taulukosta 6. Taulukossa on nähtävissä regressiokertoimien arvo, estimaatti, estimaatin keskivirhe sekä t-testi ja siihen perustuvat p-arvot. Regressiokerroimen avulla selviää, kuinka monta yksikköä selitettävän muuttujan ennustettu arvo muuttuu, kun selittävä muuttuja kasvaa yhden yksikön verran (Kaakinen & Ellonen [n. 2023]). Estimaatin keskivirhe kertoo virhetermien keskihajonnan. Mitä suurempi se on, sitä suurempi on virhetermien hajonta ja sitä pienempi on muuttujan selitysvoima. Suuruus riippuu myös selitettävän muuttujan mittaluokasta. T-testillä testataan kaikkien selittävien muuttujien osalta, ovatko ne yhteydessä selitettävään muuttujaan. Testin tilastollista merkitsevyyttä tutkitaan p-arvon avulla. Taulukossa 6 kaikki tilastollisesti merkitsevät p-arvot on lihavoitu.

6.2.1 Johdon tuki

Johdon tukea tarkastellessa voidaan huomata, että IPC:n hyödyllisyys kasvoi sitä mukaa kuin johdon tuki kasvoi. Jo vastausvaihtoehdossa 2 IPC:n hyödyllisyys kasvoi verrattuna vastausvaihtoehtoon 1 (estimaatti=0.366). Kasvu ei ollut kuitenkaan tilastollisesti merkitsevä ($p=.196$). Neutraalina tulkittu vastausvaihtoehto 3:n estimaatti oli vastausvaihtoehtoa 2 hieman suurempi ja kasvu refe-

renssikategoriaan verrattuna oli myös tilastollisesti merkitsevä (estimaatti=0.581, p=0.048). Estimaatin keskivirhe oli myös kohtuullinen (estimaatin keskivirhe=0.290). Vastausvaihtoehto 4:n, joka kuvastaa jo hyvää johdon tukea, estimaatti oli edelleen edellistä suurempi ja kasvu tilastollisesti merkitsevä (estimaatti=0.659, p=0.025). Estimaatin keskivirhe oli sama kuin vastausvaihtoedon 3 (estimaatin keskivirhe=0.290). Vastausvaihtoehdon 5, joka voidaan tulkita erinomaisena johdon tukena, estimaatti oli jo selvästi suurempi kuin referenssikategorian estimaatti (estimaatti=1.232). Kasvu oli tilastollisesti erittäin merkitsevä (p<.001). Estimaatin keskivirhe oli hieman edellisiä vaihtoehtoja suurempi, kuitenkin vielä kohtuullisella tasolla (estimaatin keskivirhe =0.332).

Näiden lukujen valossa oli nähtävissä, että johdon tuella ja ammattilaisten kokemuksella IPC:n hyödyllisyydestä oli selvä positiivinen lineaarinen yhteys. Mitä suurempi oli ammattilaisten kokemus IPC:n hyödyllisyydestä, sitä vahvempi oli johdolta saatu tuki ja päinvastoin.

6.2.2 Resurssit

Myös resurssien osalta kokemus IPC:n hyödyllisyydestä kasvoi, kun resurssit paranivat. Kasvu ei ollut kuitenkaan yhtä suurta kuin johdon tuen kohdalla. Vastausvaihtoehdon 5 estimaatti ei ollut kovin suuri, eikä kasvu myöskään tilastollisesti merkitsevä (estimaatti=0.436, p=.233). Sama oli nähtävissä vastausvaihtoehdon 2 kanssa (estimaatti=0.249, p=.225). Resurssien osalta neutraalin vastauksen, vastausvaihtoehto 3, estimaatissa oli kasvua verrattuna referenssikategoriaan (estimaatti=0.523). Kasvu oli tilastollisesti merkitsevä (p=.024) ja estimaatin keskivirhe oli myös kohtuullinen (estimaatin keskivirhe=0.229). Vastausvaihtoehdon 4 regressiokerroin oli vielä hieman vastausvaihtoehtoa 3 suurempi (estimaatti=0.650) ja kasvu tilastollisesti merkitsevä (p=.011). Estimaatin keskivirhe oli myös hieman edellistä suurempi, mutta kuitenkin kohtuullinen (estimaatin keskivirhe=0.250).

Regressioanalyysin perusteella voidaan tulkita, että kohtuullisen hyvillä resursseilla oli yhteys ammattilaisten kokemukseen IPC:n hyödyllisyydestä. Kuitenkaan resurssien suurella kasvattamisella tai suurella vähentämisellä ei ollut tilastollisesti merkitsevää yhteyttä IPC:n hyödyllisyyteen. Riittä-

vien resurssien ja IPC:n hyödyllisyyden välinen yhteys noudatti käänteistä u-käyrää: tiettyyn pisteeseen asti resurssien noustessa ammattilaisten kokemus IPC:n hyödyllisyydestä nousi. Tämän jälkeen kokemus IPC:n hyödyllisyydestä laski, vaikka resurssit olivat suuremmat.

6.2.3 Menetelmän riittävä koulutus

Menetelmän riittävällä koulutuksella ei näyttänyt olevan tilastollisesti merkitsevää yhteyttä ammattilaisten kokemukseen IPC:n hyödyllisyydestä. Menetelmän riittävän koulutuksenkin osalta regressiokertoimet kasvoivat tultaessa vastausvaihtoehdoista pienemmistä ylöspäin, mutta kasvu ei ollut minkään vastausvaihtoehdon kohdalla tilastollisesti merkitsevää (vastausvaihtoehto 2: estimaatti=0.368, $p=.492$, vastausvaihtoehto 3: estimaatti=0.461, $p=.416$, vastausvaihtoehto 4: estimaatti=0.821, $p=.132$, vastausvaihtoehto 5: estimaatti=0.705, $p=.196$).

Tämän analyysin perusteella menetelmän riittävällä koulutuksella ja IPC:n hyödyllisyydellä ei ollut nähtävissä tilastollisesti merkitsevää yhteyttä.

7 Johtopäätökset ja pohdinta

7.1 Tulosten yhteenveto

Masennus on suuri kansanterveydellinen ongelma (Rovasalo, 2022) ja sen hoitamiseen voidaan käyttää monia eri keinoja (Kampman ym., 2017). IPC on yksi niistä ja kehitetty interpersoonallisen psykoterapian pohjalta (Yamamoto ym., 2018, s. 1). Tutkielmani tavoitteena oli selvittää, kuinka hyödyllisenä ammattilaiset kokevat IPC:n masennuksen hoidossa ja miten johdolta saatu tuki, resurssit, menetelmän riittävä koulutus, työtehtävä sekä työkokemus vaikuttavat ammattilaisten kokemukseen. Ammattilaisten kokemusta IPC:n hyödyllisyydestä tutkin eksploratiivisen faktorianaalysin kautta johdetun summamuuttujan tarkastelun avulla. IPC:n hyödyllisyyden vaikuttavia tekijöitä selvitin usean muuttujan lineaarisen regressioanalyysin avulla. Työtehtävän ja työkokemuksen tarkastelu jäi lopulta tutkielmasta pois, koska heikon lineaarisen yhteyden vuoksi niitä ei voinut ottaa mukaan lineaariseen regressioanalyysiin.

Tuloksissa ilmeni, että ammattilaiset kokivat IPC:n verraten hyödylliseksi masennuksen hoidossa. Kuten summamuuttujan muodostamisen yhteydessä luvussa 5.2.2 pohdin, syyt ammattilaisten kokemuksiin IPC:n hyödyllisyydestä asiakkaan näkökulmasta voivat olla moninaiset. Voin vain arvailla, miten IPC on vaikuttanut asiakkaisiin. Arvelen kuitenkin, että koska ammattilaiset kokivat IPC:n hyödylliseksi, ovat asiakkaiden masennusoireet lievittyneet. Tätä näkemystä tukevat aiemmat tutkimukset IPC:stä asiakkaiden näkökulmasta. Useissa tutkimuksissa on tutkittu IPC:tä masennuksen hoidossa asiakkaiden näkökulmasta ja huomattu tutkittavien masennusoireiden lievittyneen IPC:n myötä (Ceballos ym., 2016; Kontunen ym., 2016; Matsuzaka ym., 2017; Menchetti ym., 2014; Mossey ym., 1996; Neugebauer ym., 2006, 2007; Yamamoto ym., 2018).

Kuitenkin voi olla myös muita IPC:n myötä asiakkaiden hyvinvointiin positiivisesti vaikuttaneita asioita, joiden vuoksi ammattilaiset kokivat IPC:n hyödylliseksi menetelmäksi. Aiemmissa tutkimuksissa on noussut esimerkiksi esiin, kuinka asiakkaiden coping-keinot ovat lisääntyneet IPC:n myötä

(Ceballos ym., 2016; Yamamoto ym., 2018). Tämänkin tutkielman tulosten pohjalla voi olla moninaisia vaikutuksia asiakkaan masennukseen. Tärkeintä kuitenkin on, että työntekijät ovat tyytyväisiä IPC:n tarjoamaan apuun – silloin luultavasti myös asiakkaat ovat saaneet masennukseensa apua.

Ammattilaisten kokemuksella IPC:n hyödyllisyydestä ja johdon tuella oli tulosten mukaan selvää yhteyttä. Kun ammattilaiset kokivat IPC:n todella hyödylliseksi, oli myös johdon tuki vahvaa ja päinvastoin. Koska aineisto oli kerätty koulutuksen loppupuolella olevilta ammattilaisilta, voidaan ajatella, että IPC-menetelmän käyttöönotossa oli meneillään implementaatio. Tämä tulos vahvasta johdon tuesta ja kokemuksesta IPC:n hyödyllisyydestä on verrattavissa kirjallisuuteen implementaatiosta. Jotta päästään onnistuneeseen implementaatioon, on ammattilaisten tärkeää saada johdolta tukea koko prosessin ajan (Fixen ym., 2009, s. 535). Tässä aineistossa johdolta saatua tukea ei eritelty sen kummemmin, vaan aineistossa kysyttiin pelkästään johdon tuen riittäväydestä. Periaatteessa keskeisintä on, että ammattilainen kokee johdon tuen riittäväksi, eikä välttämättä tuen luonteella ole niin paljon merkitystä. Kuitenkin kirjallisuus tukee näkemyksiä siitä, että johtamistyyllillä on väliä ja se vaikuttaa implementoinnin onnistumiseen (Aarons & Sommerfeld, 2012, s. 428–429). Voisi siis ajatella, että tutkimusaineiston ammattilaiset kokivat johdon tuen riittäväksi silloin, kun siinä oli implementaation kannalta tärkeiksi koettuja elementtejä, kuten älyllistä stimulaatiota, motivointia ja kannustamista (Parry & Sinha, 2005, s. 166-168,174) sekä luottamusta ja ammattilaisen toimijuuden lisäämistä (Rijbroek ym., 2017, s. 343).

Resurssijakaan ei tässä aineistossa oltu eritelty sen kummemmin. Kirjallisuudessa implementaation resursseihin liitetään esimerkiksi menetelmän ja toimipaikan yhteensopivuus, taloudellinen tuki, poliittinen ilmapiiri ja rakenteellinen vapaus (Mihalic & Irwin, 2003, s. 316; ks. Fixen ym., 2009, s. 535). Tutkielman tuloksissa esiin nousut resurssien yhteys ammattilaisten kokemukseen IPC:n hyödyllisyydestä oli mielenkiintoinen. Kohtuullisen hyvillä resursseilla ja ammattilaisten kokemuksilla IPC:n hyödyllisyydestä oli tilastollisesti merkitsevä positiivinen yhteys. Kuitenkaan erinomaisilla ja huonoilla resursseilla tilastollisesti merkitsevää yhteyttä ei löytynyt. Voisiko resurssien yhteyttä ammattilaisten kokemukseen IPC:n hyödyllisyydestä selittää myös johdon tukeen liittyvät seikat?

Voidaan ajatella, että resurssit ja johdon tuki liittyvät jollain tapaa yhteen. Riittävien resurssien tarjoaminen voidaan nähdä johdon tuen yhdeksi muodoksi. (Rijbroek ym., 2017, s. 343.) Tutkielman tulosten kannalta tämä on mielenkiintoista. Johdon tuella ja ammattilaisten kokemuksella IPC:n hyödyllisyydestä oli nähtävissä voimakkaampi positiivinen yhteys kuin riittävillä resursseilla ja ammattilaisten kokemuksilla IPC:n hyödyllisyydestä. Voisiko olla niin, että johdon tuessa juuri esimerkiksi johtamistyyllillä, luottamuksella, kannustamisella ja niin edelleen on suurempi merkitys kuin johdon tarjoamilla resursseilla. Toki tässäkin tutkielmassa resursseilla oli merkitystä, mutta ei niin paljon kuin johdon tuella. Ehkä kirjallisuuteen nojaten voidaankin ajatella (ks. Fixen ym., 2009; Mihalic & Irwin, 2003; Rijbroek ym., 2017), että esimerkiksi riittävä taloudellinen tuki tai rakenteellinen vapaus auttavat tiettyyn pisteeseen asti, mutta kun ne saavuttavat riittävän tason, ei niillä pystytä enää parantamaan IPC:n hyödyllisyyttä, vaan siihen vaikuttavat muut, myös johtamiseen liittyvät asiat. Tämä selittäisi tutkielman tulosta, jossa riittävät resurssit olivat yhteydessä ammattilaisten kokemukseen IPC:n hyödyllisyydestä vain resurssien kohtuullisen hyvällä tasolla. Erinomainen taso ei vahvistanut ammattilaisten kokemusta IPC:n hyödyllisyydestä. Puolestaan erinomainen johdon tuki vahvisti ammattilaisten kokemusta IPC:n hyödyllisyydestä.

Menetelmän riittävällä koulutuksella ja ammattilaisten kokemuksella IPC:n hyödyllisyydestä ei tässä tutkielmassa havaittu tilastollisesti merkitsevää yhteyttä. Tämä on vastakkainen näkemys, kuin mitä onnistuneesta implementaatiosta ajatellaan. Koulutuksen nähdään olevan tärkeä osa toimivaa implementaatiota (Fixen ym., 2009, s. 533- 534; Shklarski, 2020, s. 107), koska sen avulla ammattilaiset oppivat menetelmän käyttöä ja esimerkiksi uusia tietoja menetelmän taustalla olevasta teoriasta ja arvoista (Shklarski, 2020, s. 107). Olisikin mielenkiintoista tietää, mikä tähän tutkielman tulokseen on vaikuttanut. Ovatko ammattilaiset esimerkiksi tienneet IPC:stä jo valmiiksi ja siksi koulutuksella ei ole ollut niin paljon merkitystä?

Kuten luvussa 5.2.3 kerroin, jätin regressioanalyysin selittävästä muuttujista pois työtehtävän ja työkokemuksen, vaikka ne ovat osa tutkimuskysymystä 2. Jotta niiden tarkastelu lineaarisessa regressioanalyysissä olisi ollut mielekästä, olisi niillä pitänyt olla lineaarinen yhteys IPC:n hyödyllisyyteen. Kuitenkaan lineaarista yhteyttä ei ollut (kts. kuva 1). Koska niiden yhteyttä IPC:n hyödyllisyy-

teen ei tutkittu, jäi tulokset niiden osalta saamatta. Tätä yhteyttä voisi kuitenkin olla mielenkiintoista tutkia lisää. Eikö niillä ole mitään merkitystä ammattilaisten kokemukseen IPC:n hyödyllisyydestä vai jäikö se vain tällä analyysimenetelmällä huomaamatta?

7.2 Pohdinta

Masennus on yhteiskunnassamme valitettavan yleistä ja se on yhteydessä yhteiskunnan taloudellisiin ja kulttuurisiin rakenteisiin. Myös sosiaalityöntekijä kohtaa työssään usein masentuneita asiakkaita. (Romakkaniemi, 2014, s. 142,166.) Olen iloinen, että toimivia näyttöön perustuvia menetelmiä masennuksen hoitamiseen ja varhaiseen puuttumiseen kehitetään ja tutkitaan koko ajan. Koska IPC on alun perin muun terveydenhuollon kuin mielenterveystyön käyttöön IPT:stä kehitetty ohjaus- tai neuvontamenetelmä (Kontunen & Katila, 2020, s. 139), voi se olla hyödyllinen työväline myös sosiaalityössä. Myös tutkielmani aineistossa oli edustettuna sekä sosiaalityöntekijöitä että kuraattoreita (ks. Liite 1). Näen, että masennuksen ja IPC:n tutkiminen ja hyödyntäminen myös sosiaalityön kentällä on tärkeää.

Tutkielmani tavoitteena oli selvittää IPC:n roolia masennuksen hoidossa sekä IPC:n käyttöönottoon liittyvää implementointia. Kysyin tutkielmassa, kuinka hyödyllisenä ammattilaiset kokivat IPC:n masennuksen hoidossa ja miten johdon tuki, resurssit, menetelmän riittävä koulutus, työtehtävä sekä työkokemus vaikuttivat ammattilaisten kokemukseen. Lopulta työtehtävä ja työkokemus jäivät analyysin ulkopuolelle.

Tutkielman toteutus oli mielenkiintoinen, mutta myös työläs prosessi. Minulla ei ollut juurikaan kokemusta kvantitatiivisen tutkielman prosessista, joten käytin paljon aikaa sen opiskeluun ja sisäistämiseen. Haasteista huolimatta pyrin olemaan avoin uuden oppimiselle ja lopulta olen iloinen, että jaksoin opiskella perusasioita kvantitatiivisista menetelmistä – siitä on varmasti apua myös työelämässä. Tutkin masennusta ja IPC:tä jo kirjallisuuskatsauksena toteutetussa kandidaatintutkielmassa. Oli kuitenkin mielenkiintoista perehtyä aiheeseen hieman laajemmin ja syvem-

min. Toki, kuten tutkijan positiota pohtiessa nostin esille, kandidaatin tutkielmankin kautta syntynyt käsitykseni IPC:n positiivisesta vaikutuksesta masennuksen hoidossa oli tärkeää huomioida tämän tutkielman eettisyyden kannalta. Uskon, että onnistuin siinä melko hyvin.

Tutkielman tulosten luotettavuuden kannalta on tärkeää pohtia myös käyttämäni analyysimenetelmien rajoitteita. Pohdin analyysiosiossa esimerkiksi summamuuttujan validiteettia. On täysin oikeutettua miettiä, kuvaako summamuuttujaan otetut muuttujat ammattilaisten kokemuksia IPC:n hyödyllisyydestä. Kuten analyysiosiossa nostin esille, ei summamuuttujan validiteetista voi kuitenkaan saada mitään täydellistä arviota. Yritin pohtia summamuuttujan validiteettia ja jouduin hyväksymään siihen liittyvän epävarmuuden. Tämä on tärkeää huomioida, kun tulkitaan tuloksia ja tehdään niistä johtopäätöksiä. Vaikka täydellistä arviota summamuuttujan validiteetista ei voi saada, ajattelen, että tutkielman tuloksia voidaan pitää riittävän luotettavina.

Sama ajatus pätee usean muuttujan lineaariseen regressioanalyysin pohjalta johdettuihin tuloksiin. Kuten analyysiosiossa nostin esille, kaikki lineaarisen regressioanalyysin oletukset eivät täytyneet, mutta kuitenkin jatkoin analyysiä eteenpäin. Ajattelin, että oletukset täytyivät riittävässä määrin ja sen verran, että tutkielman tuloksia voidaan pitää tarpeeksi luotettavina. Tutkimuksen käytännössä regressioanalyysin oletukset harvoin täytyvät kokonaisuudessaan (Kaakinen & Ellonen [n. 2023]). Ajattelenkin, että on tutkijan tehtävä miettiä, täytyvätkö oletukset riittävästi analyysin suorittamiseen. Tulkitsin, että oletukset täytyivät riittävässä määrin ja analyysistä johdettuja tuloksia on mielekästä tarkastella sekä summamuuttujan osalta että regressioanalyysin pohjalta.

Aiempaan tutkimukseen ja kirjallisuuteen verrattuna tutkielmani tulos ammattilaisten kokemuksesta IPC:stä verrattain hyödyllisenä menetelmänä masennuksen hoidossa tuntui loogiselta. Aiempi tutkimus on jo melko laajasti puoltanut IPC:n hyödyllisyyttä masennuksen hoidossa (Ceballos ym., 2016; Kontunen ym., 2016; Matsuzaka ym., 2017; Menchetti ym., 2014; Mossey ym., 1996; Neugebauer ym., 2006, 2007; Yamamoto ym., 2018). Puolestaan joistakin implementaatioon liittyvistä asioista olin hieman yllätynyt. Tulos johdon tuen merkityksestä ammattilaisten kokemukseen IPC:n hyödyllisyydestä voidaan nähdä olevan aiemman kirjallisuuden mukaista (Aarons & Sommerfeld, 2012, s. 428-429; Fixen ym., 2009, 535; Rijbroek ym., 2017, s. 343). Suurin piirtein

samoin voidaan nähdä olevan resurssien osalta (Fixen ym., 2009, s. 535; Mihalic & Irwin, 2003, s. 316; Rijbroek ym., 2017, s. 343). Puolestaan riittävän koulutuksen osalta yllätyin suuresti tämän tutkielman tuloksia. Niillä ei ollut havaittavissa tilastollisesti merkitsevää yhteyttä. Kirjallisuuden mukaan koulutus on kuitenkin tärkeä osa implementointia (Fixen ym., 2009, s. 534; Shklarski, 2020, s. 107).

IPC:n implementointiin liittyen näistä aiheista voikin ammentaa ideoita jatkotutkimuksia varten. IPC:n hyödyllisyydestä on jo paljon näyttöä, mutta ehkä olisi tarpeen tutkia laajemmin, sekä kvantitatiivisesti että kvalitatiivisesti, ammattilaisten näkemyksiä esimerkiksi johdon tuen, resurssien ja koulutuksen merkityksestä IPC:n implementaatiossa. Millaista johdon tukea ammattilaiset kaipaavat? Millainen johtajuus auttaa heitä menetelmän käyttöönotossa? Millaisia resursseja ammattilaiset kaipaavat, jotta voivat ottaa IPC:n osaksi työtään? Korostuuko resursseista joku tietty osa-alue? Mitä sisältöjä ammattilaiset kaipaavat koulutukseen? Olisiko täydentäviä koulutuksia hyvä pitää yllä pidempään työn ohessa? Mitä pohjatietoja tai osaamista olisi hyvä olla ennen koulutuksen aloittamista? Onko ammattilaisilla usein jo valmiiksi jotain pohjatietoa aiheeseen liittyen? Vaikuttaako se heidän kokemukseensa koulutuksen hyödyllisyydestä?

Jatkotutkimuksissa voisi nostaa esille myös työtehtävän ja työkokemuksen, joista tässä tutkielmassa ei saatu tietoa. Onko niillä yleisellä tasolla vaikutusta ammattilaisten kokemukseen IPC:n hyödyllisyydestä? Onko niillä vaikutusta implementaatioprosessiin? Vaikuttaako työtehtävä ja työkokemus siihen, mitä IPC:stä valmiiksi tiedetään?

Lähdeluettelo

- Aarons, G. A., & Sommerfeld, D. H. (2012). Leadership, Innovation Climate, and Attitudes Toward Evidence-Based Practice During a Statewide Implementation. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, *51*(4), 423–431.
- Altamura, M., Iuso, S., Terrone, G., Balzotti, A., Carnevale, R., Malerba, S., Bellomo, A., & Petito, A. (2017). Comparing Interpersonal Counseling and Antidepressant Treatment in Primary Care Patients with Anxious and Nonanxious Major Depression Disorder: A Randomized Control Trial. *Clinical Neuropsychiatry*, *14*(4), 257–262.
- Appelqvist-Schmidlechner, K., Tuisku, K., Tamminen, N., Nordling, E., & Solin, P. (2016). Mitä on positiivinen mielenterveys ja kuinka sitä mitataan? *Suomen Lääkärilehti*, *71*(24), 1759–1764.
- Asiantuntijan neuvo treeniin, joka auttaa masennukseen – Se ei ole ”lähde lenkille”. (11.5.2023). *Iltalehti*. <https://www.iltalehti.fi/mielijamasennus/a/39f7bcfe-b259-464d-bc44-cafa61ff30bf>
- Ceballos, A. M. G., Andrade, A. C., Markowitz, T., & Verdelli, H. (2016). “You Pulled Me out of a Dark Well”: A Case Study of a Colombian Displaced Woman Empowered Through Interpersonal Counseling (IPC): Dark Well. *Journal of Clinical Psychology*, *72*(8), 839–846. <https://doi.org/10.1002/jclp.22365>
- Depressio. Käypä hoito -suositus. (2022). Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Psykiatriyhdistys ry:n asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. Haettu 24.10.2022 osoitteesta <https://www.kaypahoito.fi/hoi50023>
- Fahrmeir, L., Kneib, T., Lang, S., & Marx, B. (2013). *Regression: Models, Methods and Applications*. Springer. <https://doi.org/10.1007/978-3-642-34333-9>
- Faktorianalyysi. [n. 2023]. *Teoksessa. Kvantitatiivisen tutkimuksen verkkokäsikirja*. Tampere: Yhteiskuntatieteellinen tietoaarkisto. Haettu 8.6.2023 osoitteesta <https://www.fsd.tuni.fi/fi/palvelut/metelmaopetus/kvanti/faktori/faktori/>

- Faktorianalyysi, SPSS-harjoitus 1. [n. 2023]. *Teoksessa. Kvantitatiivisen tutkimuksen verkkokäsikirja*. Tietoarkisto. Haettu 1.9.2023 osoitteesta <https://www.fsd.tuni.fi/fi/palvelut/menetelmaopetus/kvanti/faktori/harjoitus1/>
- Fixen, D. L., Blase, K. A., Naom, S. F., & Wallace, F. (2009). Core Implementation Components. *Research on Social Work Practice, 19*(5), 531–540. <https://doi.org/10.1177/1049731509335549>
- Haravuori, H., Muinonen, E., Kanste, O., & Marttunen, M. (2016). *Mielenterveys- ja päihdetyön menetelmät opiskeluterveydenhuollossa: Opas arviointiin, hoitoon ja käytäntöihin*. Ohjauk 20/2016. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/131873/URN_ISBN_978-952-302-722-0.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Isometsä, E. (2017). Masennuksen hoidon periaatteet. Teoksessa O. Kampman, T. Heiskanen, M. Holi, M. O. Huttunen, & J. Tuulari (Toim.), *Masennus*. Helsinki: Duodecim. <https://www.oppiporssi.fi/op/msn00218/do#>
- Isometsä, E. (2021). Depressiiviset häiriöt. Teoksessa J. Lönnqvist, M. Henriksson, M. Marttunen, & T. Partonen (Toim.), *Psykiatria*. Helsinki: Duodecim. <https://www.oppiporssi.fi/op/pkr00120/do>
- Isometsä, E., & Karlsson, H. (2017). Masennustilaan vaikuttavien biologisten ja muiden tekijöiden merkitys. Teoksessa O. Kampman, T. Heiskanen, M. Holi, M. O. Huttunen, & J. Tuulari (Toim.), *Masennus*. Helsinki: Duodecim. <https://www.oppiporssi.fi/op/msn00270/do>
- Kaakinen, M., & Ellonen, N. [n. 2023]. Regressioanalyysi. Teoksessa *Kvantitatiivisen tutkimuksen verkkokäsikirja*. Haettu 10.6.2023 osoitteesta <https://www.fsd.tuni.fi/fi/palvelut/menetelmaopetus/kvanti/regressio/analyysi/>
- Kaila, E., Väisänen, A., Leino, T., Laamanen, A., Vihtonen, T., Hyvärinen, H.-K., & Varjonen, J. (2012). *ToMaHoK – Toimiva masennuksen hoitokäytäntö työterveyshuollossa*. Helsinki: Työterveyslaitos. <https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/134945/ToMaHoK.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

- Kaleva, S., & Valkonen, J. (2013). Mielenterveyden edistämisen dilemmat. *Yhteiskuntapolitiikka*, 78(6), 675–680.
- Kampman, O., Heiskanen, T., Holli, M., Huttunen, M. O., & Tuulari, J. (2017). Masennuksen monet kasvot. Teoksessa O. Kampman, T. Heiskanen, M. Holli, M. O. Huttunen, & J. Tuulari (Toim.), *Masennus*. Helsinki: Duodecim. <https://www.oppiportti.fi/op/msn00285/do#>
- Karlsson, H., & Markowitz, J. C. (2002). Interpersoonallinen psykoterapia depression hoidossa. *Duodecim*, 118 (17), 1760-1765. <https://www.ebm-guidelines.com/xmedia/duo/duo93130.pdf>.
- Kinnunen, P. (2011). *Nuoruudesta kohti aikuisuutta—Varhaisaikuisen mielenterveys ja siihen yhteydessä olevat ennakoivat tekijät*. Tampere : Tampere University Press.
- Kontunen, J., Karlsson, H., & Larmo, A. (2007). *Interpersoonallinen psykoterapia. Depression fokusoitu hoitomenetelmä*. Helsinki: Edita Publishing Oy.
- Kontunen, J., & Katila, H. (2020). Interpersoonallinen psykoterapia. Teoksessa M. O. Huttunen & H. Kalska (Toim.), *Psykoterapiat* (ss. 129–144). Helsinki: Duodecim.
- Kontunen, J., Timonen, M., Muotka, J., & Liukkonen, T. (2016). Is interpersonal counselling (IPC) sufficient treatment for depression in primary care patients? A pilot study comparing IPC and interpersonal psychotherapy (IPT). *Journal of Affective Disorders*, 189, 89–93. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2015.09.032>
- Kopakkala, A. (2009). *Masennus*. Helsinki: Edita Publishing Oy.
- Kuula, A. (2011). *Tutkimusetiikka: Aineistojen hankinta, käyttö ja säilytys*. Tampere: Vastapaino. <https://www.ellibslibrary.com/reader/9789517685139>
- Lee, M.-Y. (2014). The Effect of Nonzero Autocorrelation Coefficients on the Distributions of Durbin-Watson Test Estimator: Three Autoregressive Models. *Expert Journal of Economics*, 2, 85–99.
- Lindholm, L. H., & Laitila, M. (2022). Työkaluja näyttöön perustuvien menetelmien käyttöönoton edistämiseksi. *Duodecim*, 138(10), 881–888.

- Lisää rahaa nuorten mielenterveyspalveluihin, vaikka kaikesta muusta säästettäisiin? Näin puolueet vastaavat. (21.3.2023). MTV Uutiset. *mtvuutiset.fi*. <https://www.mtvuutiset.fi/artikkeli/lisaa-rahaa-nuorten-mielenterveyspalveluihin-vaikka-kaikesta-muusta-saastettaisiin-nain-puolueet-vastavat/8659214>
- Lurie, J. (2021). Conducting an exploratory factor analysis in jamovi. *Jamovi (Computer Software)*, 1–7.
- Lönnqvist, J. (2021b). Mielenterveyden häiriöiden diagnostiikka ja luokittelu. Teoksessa J. Lönnqvist, M. Henriksson, M. Marttunen, & T. Partonen (Toim.), *Psykiatria*. Helsinki: Duodecim. <https://www.oppiporssi.fi/op/pkr00022/do>
- Lönnqvist, J. (2021a). Psykiatria ja mielenterveys. Teoksessa J. Lönnqvist, M. Henriksson, M. Marttunen, & T. Partonen (Toim.), *Psykiatria*. Helsinki: Duodecim. <https://www.oppiporssi.fi/op/pkr00004/do>
- Matsuzaka, C. T., Wainberg, M., Norcini Pala, A., Hoffmann, E. V., Coimbra, B. M., Braga, R. F., Sweetland, A. C., & Mello, M. F. (2017). Task shifting interpersonal counseling for depression: A pragmatic randomized controlled trial in primary care. *BMC Psychiatry*, 17(1), 1–11. <https://doi.org/10.1186/s12888-017-1379-y>
- May, C. R., Mair, F., Finch, T., MacFarlane, A., Dowrick, C., Treweek, S., Rapley, T., Ballini, L., Ong, B. N., Rogers, A., Murray, E., Elwyn, G., Légaré, F., Gunn, J., & Montori, V. M. (2009). Development of a theory of implementation and integration: Normalization Process Theory. *Implementation Science*, 4(1), 29. <https://doi.org/10.1186/1748-5908-4-29>
- Menchetti, M., Rucci, P., Bortolotti, B., Bombi, A., Scocco, P., Kraemer, H. C., Berardi, D., & the DE-PICS group. (2014). Moderators of remission with interpersonal counselling or drug treatment in primary care patients with depression: Randomised controlled trial. *British Journal of Psychiatry*, 204(2), 144–150. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.112.122663>

- Mihalic, S. F., & Irwin, K. (2003). Blueprints for violence pre-vention: From research to real-world settings-factors influencing the successful replication of model programs. *Youth Violence and Juvenile Justice*, 1(4), 307–329. <https://doi.org/10.1177/1541204003255841>
- Mittaaminen. [n. 2023]. *Teoksessa. Kvantitatiivisen tutkimuksen verkkokäsikirja*. Tietoarkisto. Haettu 10.6.2023 osoitteesta <https://www.fsd.tuni.fi/fi/palvelut/metelmaopetus/kvanti/mittaaminen/luotettavuus/>
- Mossey, J. M., Knott, K. A., Higgins, M., & Talerico, K. (1996). Effectiveness of a Psychosocial Intervention, Interpersonal Counseling, for Subdysthymic Depression in Medically Ill Elderly. *The Journals of Gerontology Series A: Biological Sciences and Medical Sciences*, 51A(4), M172–M178. <https://doi.org/10.1093/gerona/51A.4.M172>
- Neenan, M. (2018). *Developing Resilience: A Cognitive-Behavioural Approach: Vsk. Second Edition*. New York: Routledge.
- Neljä tärppiä eduskuntavaaleihin – ainakin nämä asiat tulevien päättäjien pitää ratkoa. (20.3.2023). Yle Uutiset. *Yle Uutiset*. <https://yle.fi/a/74-20022743>
- Neugebauer, R., Kline, J., Bleiberg, K., Baxi, L., Markowitz, J. C., Rosing, M., Levin, B., & Keith, J. (2007). Preliminary open trial of interpersonal counseling for subsyndromal depression following miscarriage. *Depression and Anxiety*, 24(3), 219–222. <https://doi.org/10.1002/da.20150>
- Neugebauer, R., Kline, J., Markowitz, J. C., Bleiberg, K. L., Baxi, L., Rosing, M. A., Levin, B., & Keith, J. (2006). Pilot Randomized Controlled Trial of Interpersonal Counseling for Subsyndromal Depression Following Miscarriage. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 67(08), 1299–1304. <https://doi.org/10.4088/JCP.v67n0819>
- Norman, G. (2010). Likert scales, levels of measurement and the "laws" of statistics. *Advances in Health Sciences Education*, 15(5), 625–632. <https://doi.org/10.1007/s10459-010-9222-y>
- Näitä muutoksia hallitus haluaa sosiaali- ja terveystalouteen. (16.6.2023). Helsingin Sanomat. *Helsingin Sanomat*. <https://www.hs.fi/politiikka/art-2000009660545.html>

- Oranta, O. (2011). *Nurse-led interpersonal counselling for depressive symptoms in patients with myocardial infarction*. Turku: University of Turku. <https://www.utupub.fi/bitstream/handle/10024/72076/AnnalesD986Oranta.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Parry, K. W., & Sinha, P. N. (2005). Researching the Trainability of Transformational Organizational Leadership. *Human Resource Development International*, 8(2), 165–183. <https://doi.org/10.1080/13678860500100186>
- Peterson, C., & Seligman, M. E. P. (2004). *Character strengths and virtues: A handbook and classification*. Washington, DC: American Psychological Association; New York: Oxford University Press.
- Pietarinen, J. (2002). Eettiset perusvaatimukset tutkimustyössä. Teoksessa S. Karjalainen, V. Launis, R. Pelkonen, & J. Pietarinen (Toim.), *Tutkijan eettiset valinnat* (ss. 58–69). Helsinki: Gaudeamus.
- Pirkanmaan hyvinvointialue. [n. 2023]. *IPC nuorille*. pirha.fi. Haettu 25.6.2023 osoitteesta <https://pirha.fi/ipc-nuorille>
- Pohjanmaan hyvinvointialue. [n. 2023]. *Uudet menetelmät auttavat ammattilaisia auttamaan nuoria ajoissa*. Pohjanmaan hyvinvointialue. Haettu 25.6.2023 osoitteesta <https://pohjanmaanhyvinvointi.fi/uudet-menetelmat-auttavat-ammattilaisia-auttamaan-nuoria-ajoissa/>
- Pohjois-Savon hyvinvointialue. [n. 2023]. *Nuorten psykososiaaliset menetelmät*. Pohjois-Savon hyvinvointialue. Haettu 25.6.2023 osoitteesta <https://pshyvinvointialue.fi/nuoret>
- Rapley, T., Girling, M., Mair, F. S., Murray, E., Treweek, S., McColl, E., Steen, I. N., May, C. R., & Finch, T. L. (2018). Improving the normalization of complex interventions: Part 1 - development of the NoMAD instrument for assessing implementation work based on normalization process theory (NPT). *BMC Medical Research Methodology*, 18(133), 1–17. <https://doi.org/10.1186/s12874-018-0590-y>

- Rijbroek, B., Strating, M. M. H., & Huijsman, R. (2017). Implementation of a solution based approach for child protection: A professionals' perspective. *Children and Youth Services Review*, *82*, 337–346.
- Ro, E., & Clark, L. A. (2009). Psychosocial functioning in the context of diagnosis: Assessment and theoretical issues. *Psychological Assessment*, *21*(3), 313–324. <https://doi.org/10.1037/a0016611>
- Romakkaniemi, M. (2014). Masennuksen sosiaaliset ulottuvuudet ja sosiaalityön asiantuntijuus masennuksen hoidossa ja kun-toutuksessa. Teoksessa A. Metteri, H. Valokivi, & S. Ylinen (Toim.), *Terveys ja sosiaalityö* (ss. 142–173). Jyväskylä: PS-kustannus. <https://www.elibrary.com/reader/9789524516846>
- Rovasalo, A. (2022). *Masennustila eli depressio*. Duodecim Terveyskirjasto. <https://www.terveyskirjasto.fi/dlk00389>
- Savin, N. E., & White, K. J. (1977). The Durbin-Watson Test for Serial Correlation with Extreme Sample Sizes or Many Regressors. *Econometrica*, *45*(8), 1989–1996. <https://doi.org/10.2307/1914122>
- Sheldon, K. M., & Kasser, T. (2001). Getting older, getting better? Personal strivings and psychological maturity across the life span. *Developmental Psychology*, *37*(4), 491–501. <https://doi.org/10.1037/0012-1649.37.4.491>
- Shklarski, L. (2020). Understanding Individual and Organizational Factors Related to the Implementation Fidelity of the Family Finding Intervention to Support Youth in Foster Care who are Transitioning to Independent Living. *Child Welfare*, *98*(2), 103–136.
- Sohlman, B. (2004). *Funktionaalinen mielenterveyden malli positiivisen mielenterveyden kuvaajana*. Helsinki : Stakes.
- Summamuuttuja. [n. 2023]. *Teoksessa. Kvantitatiivisen tutkimuksen verkkokäsikirja*. Tietoarkisto. Haettu 8.6.2023 osoitteesta <https://www.fsd.tuni.fi/fi/palvelut/menetelmaopetus/kvanti/summamuuttujat/summamuuttuja/>

- Sähköhoito oli vaikeasti masentuneen Johannan viimeinen oljenkorsi: ”Halusin sitä, koska en uskonut, että mikään muu ikinä auttaisi”. (1.2.2023). *Apu*. <https://www.apu.fi/artikkelit/sahkohoito-oli-vaikeasti-masentuneen-johannan-viimeinen-oljenkorsi>
- TENK. (2023). Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausepäilyjen käsitteleminen Suomessa. *Helsinki: Tutkimuseettisen neuvottelukunnan julkaisuja 2/2023*, 1–33.
- Terapiat etulinjaan. [n. 2023]. *Ammattilaisten koulutukset*. Haettu 25.6.2023 osoitteesta <https://terapiat-etulinjaan.fi/tyokalut-ja-palvelut/ammattilaisten-koulutukset/>
- Tutkimus: Monipuoliset mielenterveyspalvelut ehkäisevät masennuksesta johtuvaa eläköitymistä. (27.5.2023). *Yle Uutiset*. <https://yle.fi/a/74-20033848>
- Vaillant, G. E. (2012). Positive mental health: Is there a cross-cultural definition? *World Psychiatry*, *11*(2), 93–99.
- Valli, R. (2015). *Johdatus tilastolliseen tutkimukseen*. Jyväskylä: PS-kustannus. <https://www.elibslibrary.com/book/978-952-451-661-7/johdatus-tilastolliseen-tutkimukseen>
- Wahlbeck, K., Hannukkala, M., Parkkonen, J., Valkonen, J., & Solantaus, T. (2017). Mielenterveyden edistäminen kansanterveystyön ytimessä. *Duodecim*, *133*(10), 985–992.
- Weare, K. (2000). *Promoting Mental, Emotional and Social Health: A Whole School Approach*. London : Routledge.
- World Health Organization. (2004). *Promoting mental health: Concepts, emerging evidence, practice : summary report*. World Health Organization. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/42940>
- Yamamoto, A., Tsujimoto, E., Taketani, R., Tsujii, N., Shirakawa, O., & Ono, H. (2018). The Effect of Interpersonal Counseling for Subthreshold Depression in Undergraduates: An Exploratory Randomized Controlled Trial. *Depression Research and Treatment*, *2018*, 1–6. <https://doi.org/10.1155/2018/4201897>

Liitteet

Liite 1

Aineiston kysymysten ja vastausvaihtoehtojen erittely

1. Hahmotan, kuinka IPC-menetelmän käyttö eroaa tavanomaisista työskentelytavoista.
2. Työyhteisöni jakaa yhteisen ymmärryksen IPC-menetelmän käyttötarkoituksesta.
3. Ymmärrän, kuinka IPC-menetelmätyö vaikuttaa oman työni luonteeseen.
4. Pystyn näkemään IPC-menetelmän potentiaalisen arvon työni kannalta.
5. Avainasemassa olevat henkilöt vievät IPC-menetelmää eteenpäin ja saavat toiset ihmiset mukaan.
6. Uskon, että IPC-menetelmään osallistuminen on oikeutettu osa työäni.
7. Olen avoin IPC-menetelmään liittyville uusille työskentelytavoille kollegoiden kanssa.
8. Jatkan IPC-menetelmän käyttöä.
9. Pystyn sisällyttämään IPC-menetelmän olemassa olevaan työhöni.
10. Luotan kollegoideni kykyyn käyttää IPC-menetelmää.
11. Masennusoireilevien nuorten auttaminen ja tukeminen on annettu työntekijöille, joilla on IPC-menetelmän käyttöön soveltuvat taidot.
12. Työntekijöille tarjotaan riittävä koulutus IPC-menetelmän käyttöönottoon.
13. Resursseja on riittävästi tarjolla IPC-menetelmätyön tukemiseksi työyksikössäni.
14. Johto tukee IPC-menetelmän toteutusta riittävästi.
15. Olen tietoinen IPC-menetelmän vaikutuksien raportoinnista esimerkiksi hoitotulosten seurannasta.
16. Työyhteisöni on yhtä mieltä siitä, että IPC-menetelmä on kannattava.
17. Arvostan vaikutuksia, joita IPC-menetelmällä on ollut työhöni.

Yllä olevat kysymykset vasatausvaihtoehdoilla 1–5, jossa sanalliset vastineet vain ääripäissä.

1 = täysin eri mieltä

2 = 2

3 = 3

4 = 4

5 = täysin samaa mieltä

18. Mitä muuta palautetta haluaisit antaa liittyen IPC-menetelmän käyttöönottoon tai käyttöön?

Avoin kysymys.

19. Alue, jolla työskentelen tällä hetkellä.

Vastausvaihtoehdot 1–8.

1 = Etelä-Karjala

2 = Helsinki

3 = Itä-Uusimaa

4 = Keski-Uusimaa

5 = Kymenlaakso

6 = Länsi-Uusimaa

7 = Päijät-Häme

8 = Vantaa-Kerava

20. Toimipiste.

Vastausvaihtoehdot 1–7.

1 = Opiskeluhoolto, peruskoulu

2 = Opiskeluhoolto, ammatillinen oppilaitos

3 = Opiskeluhoolto, lukio

4 = Opiskeluhoolto, useita toimipisteitä esimerkiksi ammatillinen oppilaitos sekä lukio tai peruskoulu ja toisen asteen oppilaitos

5 = Matalan kynnyksen mielenterveyspalvelut

6 = Sosiaali- tai perhepalvelut

7 = Jokin muu

21. Työtehtävä, jossa olen käyttänyt menetelmää.

Vastausvaihtoehdot 1–7.

1 = Terveystenhoitaja

2 = Sairaanhoidtaja tai psykiatrinen sairaanhoidtaja

3 = Psykologi

4 = Kuraattori

5 = Sosiaalityöntekijä, -terapeutti tai -ohjaaja

6 = Toimintaterapeutti

7 = Jokin muu

22. Työkokemus opiskeluhoillon palveluista tai sosiaali- tai terveystalalta vuosissa.

Vastausvaihtoehdot 1-4.

1 = alle 3 vuotta

2 = 3-5 vuotta

3 = 6-10 vuotta

4 = yli 10 vuotta