

MASENNUS JA KOETTU SOSIAALINEN TUKI

Ritva von Koch  
Pro gradu -tutkielma  
Hoitotiede  
Hoitotyön johtaminen  
Itä-Suomen yliopisto  
Terveystieteiden tiedekunta  
Hoitotieteen laitos  
Joulukuu 2020

# SISÄLTÖ

## TIIVISTELMÄ

## ABSTRACT

1 JOHDANTO.....	1
2 MASENNUS JA SOSIAALINEN TUKI.....	2
2.1 Masennus .....	2
2.2 Sosiaalinen tuki, sen rakenne ja muodot.....	3
2.3 Kirjallisuushaku masennuksen ja sosiaalisen tuen yhteydestä .....	5
2.4 Yhteenveto masennuksen ja koetun sosiaalisen tuen välisestä yhteydestä.....	7
2.4.1 Sosiaalinen tuki masennuksessa ja masennuksen vaikutus sosiaalisiin suhteisiin ....	7
2.4.2 Sosiaalisen tuen merkitys masennuksen hoidossa ja kuntoutuksessa.....	10
3 TUTKIMUKSEN TARKOITUS, TAVOITTEET JA TUTKIMUSKYSYMYKSET.....	13
4 TUTKIMUKSEN METODOLOGIA JA TOTEUTUS.....	14
4.1 Tutkimuksen kohderyhmä ja aineiston keruu .....	14
4.2 Tutkimuksessa käytetyt mittarit.....	14
4.3 Aineiston analysointi .....	15
5 TULOKSET.....	16
5.1 Tutkimukseen osallistuneiden taustatiedot .....	16
5.2 Masennuksen taso tutkimuksen alkutilanteessa sekä kahdeksantoista kuukauden kohdalla.....	17
5.3 Koettu sosiaalinen tuki tutkimuksen alkutilanteessa .....	17
5.4 Koettu sosiaalinen tuki tutkimuksen kahdeksantoista kuukauden kohdalla .....	18
5.5 Masennuksen ja koetun sosiaalisen tuen sekä masennuksen ja yksinäisyyden yhteys alkutilanteessa .....	20
5.6 Masennuksen ja koetun sosiaalisen tuen sekä masennuksen ja yksinäisyyden yhteys kahdeksantoista kuukauden kohdalla.....	23
5.7 Yhteenveto tutkimustuloksista.....	26
6 POHDINTA JA JOHTOPÄÄTÖKSET .....	28
6.1 Tutkimustulosten tarkastelua ja johtopäätökset .....	28
6.2 Tutkimuksen eettisyys, luotettavuus ja tietosuoja .....	31
6.3 Jatkotutkimusaiheet.....	33
LÄHTEET .....	34

## LIITTEET

Liite 1. International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems.(ICD-10).

Liite 2. Kirjallisuuskatsaukseen otetut tutkimukset.

Liite 3. Masennuspotilaiden seuranta ja satunnaistettu D-vitamiini-interventiotutkimus(DepFuD).

Liite 4. BDI-lomake.

Liite 5. Sosiaalisen tuen kysymykset.

Liite 6. Taustamuuttajat.

Liite 7. Suostumuslomake DepFuD -tutkimukseen.

Liite 8. Tiedote tutkittavalle.

**von Koch, Ritva**

Masennus ja koettu sosiaalinen tuki  
Pro gradu -tutkielma, 38 sivua, 8 liitettä (26 sivua)  
Yliopistonlehtori, dosentti, Lauri Kuosmanen,  
Yliopistonlehtori, dosentti, FT Anu Ruusunen

Ohjaajat:

Joulukuu 2020

---

Tämän määrällisen tutkimuksen tarkoituksena oli kuvata koettua sosiaalista tukea ja muutoksia sosiaalisen tuen kokemisessa masennuspotilailla Follow-up Study With Randomized Clinical Vitamin D Supplementation Trial On Patients With Depression (DepFuD) - seurantatutkimuksen aikana lähtötilanteessa ja kahdeksantoista kuukauden aikapisteessä sekä tarkastella aikapisteissä tapahtuvaa muutosta. Tutkimuksen tavoitteena oli tuottaa tietoa sosiaalisen tuen kokemisesta masennuksen aikana, jota voidaan hyödyntää masennuksen hoidossa ja sosiaali -ja terveydenhuollon koulutuksessa huomioimalla sosiaalisen tuen tarve.

Tutkimusaineisto muodostui sadasta ensimmäisestä tutkimusaineiston potilaasta. Tutkittavat olivat Pohjois-Savon sairaanhoitopiirin, Kuopion Yliopistollisen sairaalan (Mielenterveys ja hyvinvointi -palveluyksikkö), Etelä-Savon sairaanhoitopiirin (Mikkelin keskussairaalan psykiatrisen klinikka) sekä Keski-Suomen sairaanhoitopiirin (Jyväskylän keskussairaalan psykiatrian klinikka) poliklinikoille masennuksen vuoksi hoitoon tulleita potilaita. Tutkimusaineisto kerättiin tutkittavien täyttämistä kyselylomakkeista. Masennuksen tasoa mitattiin Beckin masennusasteikolla (Beck Depression Inventory, BDI) ja sosiaalisen tuen kokemista tutkimukseen kuuluvilla sosiaalisen tuen kysymyksillä. Vastausprosentti tutkimuksen alkutilanteessa oli 100 % ja kahdeksantoista kuukauden aikapisteessä 85 %.

Aineiston analysointiin käytettiin tilastollisena menetelmänä ristiintaulukointia ja khiin neliötestiä sekä riippuvuuden tarkasteluun Pearsonin korrelaatiokerrointa. Masennuksen ja koetun sosiaalisen tuen yhteys tässä tutkimuksessa osoitti, kuinka perheeltä, työtovereilta ja ystäviltä saatu koettu tuki masennuksen eri tasoilla vaihteli. Masennuksen vaikeutuessa kokemus sosiaalisesta tuesta väheni sekä perheen, työtovereiden että ystävien osalta. Masennustason vaikeutuessa kokemus siitä, missä määrin yksinäisyys oli vaivannut sekä yksinäisyyden kokeminen lisääntyi.

Tarkasteltaessa muutosta kahdeksantoista kuukauden aikapisteessä sekä vaikean että keskivaikean masennuksen ryhmässä tuen saamisen kokeminen perheeltä, työtovereilta ja ystäviltä oli etenkin vaikeassa masennuksessa vähentynyt. Kahdeksantoista kuukauden aikapisteessä kysymyksen ”missä määrin yksinäisyys on vaivannut?” perusteella vakavan masennuksen ryhmässä kokemus oli helpottunut. Myös yksinäisyyden kokemus oli helpottanut alun aikapisteeseen verrattuna. Yksinäisyyttä kuitenkin koettiin huomattavasti molemmissa aikapisteissä.

Jatkotutkimusaiheena on tärkeää selvittää millaisia ja kuinka paljon sosiaalisten verkostojen parantamiseen tähtäviä interventioita on käytössä masennuspotilaiden hoidossa. Tarvitaan myös lisää tutkimustietoa tehokkaiksi soveltuvista interventioista masennuksen hoidossa.

Asiasanat: Masennus, sosiaalinen tuki

Faculty of Health Sciences  
Department of Nursing Science  
Nursing Science  
Nursing leadership and management

**von Koch, Ritva**

Depression and Experienced Social Support  
Master's thesis, 38 pages, 8 appendices (26 pages)  
University Lecturer, Docent Lauri Kuosmanen,  
University Lecturer, Docent Anu Ruusunen, PhD

Supervisors:

December 2020

---

The aim of this quantitative study was to describe perceived social support and changes in social support experienced by patients with depression in the Follow-up Study with Randomized Clinical Vitamin D Supplementation Trial on Patients with Depression, DepFuD, study at baseline and at an 18-month time point, and to examine changes occurring between the time points. The overall aim was to produce knowledge of experiences of social support among people with depression. The produced knowledge can be used in the treatment of depression by taking into account the patients' need for social support in social and health care education.

The research data comprised the first one hundred patients included in the research material. The research population consisted of patients referred to treatment due to depression in the Hospital District of Northern Savo, Kuopio University Hospital (Mental Health and Wellbeing service unit), the South Savo Hospital District (psychiatric clinic at the Mikkeli central hospital) and the Central Finland Hospital District (psychiatric clinic at Jyväskylä central hospital). The data were collected using questionnaires filled out by the research subjects. The severity of depression was measured using the Beck Depression Inventory (BDI) and experiences of social support using questions concerning perceived social support included in the study. Response rate was 100% at the baseline and 85% at the 18-month time point.

The statistical methods used in the data analysis included cross-tabulation and a chi-squared test, and the Pearson correlation coefficient was used for analysing correlation. The detected link between depression and perceived social support indicates that the amount of support received from family members, co-workers and friends varied depending on the severity of depression. With increased severity, patients felt they received less social support from family, co-workers and friends alike. Those with more severe depressive symptoms were more likely to feel upset about their loneliness and have more experiences of loneliness.

An examination of the change at the 18-month time point revealed that patients with moderate to severe depression felt less supported by family members, co-workers and friends, and this was particularly the case with those with severe depressive symptoms. At the eighteen-month time point, the answers to the question "to what extent are you bothered by loneliness" revealed that those with severe depressive symptoms were less affected by loneliness. The experiences of loneliness had also decreased since the baseline. However, the respondents continued to experience a lot of loneliness at both time points.

It is important for future research to investigate the type and number of interventions aiming to improve social networks are used in treating patients with depression. There is also need for research knowledge of potentially effective interventions in the treatment of depression.

Keywords: Depression, social support

# 1 JOHDANTO

Masennus on yleinen, herkästi uusiutuva ja usein pitkäkestoinen sairaus, joka vaikuttaa toimintakykyyn ja aiheuttaa kärsimystä sairastuneelle ja hänen läheisilleen. Masennukseen sairastuu noin joka viides suomalaisista elämänsä aikana (Huttunen 2018). Yhteiskunnallinen kehitys Suomessa on johtanut siihen, että työttömyys ja syrjäytyminen etenkin nuorilla ovat lisääntyneet. Köyhyys ja tuloerojen kasvu osaltaan vauhdittavat tätä kehitystä. Myös yksinäisyyden kokeminen on tutkimusten valossa lisääntynyt. Edellä mainitut asiat ovat merkittäviä riskitekijöitä masennukseen sairastumisessa. (STM 2015.)

Suomessa masennusdiagnoosilla myönnettyjen uusien työkyvyttömyyseläkkeiden suhteellinen osuus on kaksinkertaistunut 20 vuoden aikana ja on arvioitu, että masennuksen vuoksi jää työkyvyttömyyseläkkeelle vuosittain noin 5000 suomalaista. Masennuksen on ennustettu nousevan myös maailmanlaajuisesti merkittävimmäksi toimintakyvyttömyyttä aiheuttavaksi sairaudeksi vuoteen 2030 mennessä. Sairauden vakavuutta kuvaa myös se, että se johtaa vuosittain noin 600 suomalaisen itsemurhaan. Masennuksen kuormittavuus on sekä inhimillisen kärsimyksen, elämänlaadun ja toimintakyvyn kannalta huomattava. (Isometsä 2016.)

Sosiaalisella tuella on havaittu olevan vaikutuksia niin fyysiseen kuin henkiseen hyvinvointiin. Sosiaalisen tuen merkitys on tärkeää ristiriitatilanteissa ja selviytymisessä. Sosiaalista tukea pidetään hyödyllisenä sekä pitkään jatkuneessa että lyhytaikaisessa stressitilanteessa. (Khan & Antonucci 1980.) Sosiaalisella tuella on todettu olevan merkitystä myös masennuksessa (Garipey ym. 2016). Stressitekijöihin ja sosiaaliseen tukeen vaikuttavat myös yhteiskunnalliset asiat. Suuret yhteiskunnalliset muutokset muuttavat myös sosiaalista tukea. Yksilöllisyyttä korostava yhteiskunta heikentää sosiaalisen tuen antajan ja saajan kohtaamismahdollisuuksia. Yksinäisyyden onkin havaittu tuottavan onnettomuutta ja olevan suuri terveysriski (Saari 2010).

Tämän määrällisen tutkimuksen tarkoituksena oli kuvata masennuksen ja sosiaalisen tuen kokemisen välistä yhteyttä tutkimuksen alkutilanteessa ja 18 kuukauden kohdalla, sekä tarkastella aikapisteiden välillä tapahtuvaa muutosta. Tutkimuksen tavoitteena oli tuottaa tietoa sosiaalisen tuen kokemisesta masennuksen aikana, jota voidaan hyödyntää masennuksen hoidossa huomioimalla sosiaalisen tuen tarve.

## 2. MASENNUS JA SOSIAALINEN TUKI

### 2.1 Masennus

Masennus on yleisin mielenterveysongelmistamme ja se aiheuttaa eniten sairauspoissaoloja työpaikoilta. Suomalaisessa Terveys 2000 -väestötutkimuksessa todettiin masennuksesta kärsivän ajankohtaisesti noin 5 prosenttia väestöstä ja joka viidennellä suomalaisella on jonkinasteinen masennustila elämänsä aikana. (Huttunen 2018, Isometsä 2016.)

Masennusta voidaan tarkastella monista toisiinsa limittyvistä näkökulmista. Masennus voidaan nähdä biologisena ilmiönä, jolloin puhutaan välittäjäaineiden häiriöistä aivoissa tai neurokognitiivisena tulkintana muistamisen ja havainnoinnin heikentymisenä. Masennus voidaan käsittää myös tunne-elämän häiriötilana tai kognitiivisen kielteisen ajattelun kehänä. Sosiaalisesta näkökulmasta masennukseen liittyy muutoksia sosiaalisuudessa, joissa yhteiskunnallinen konteksti kuten työttömyys, köyhyys ja syrjäytyminen on otettava huomioon. (Heiskanen 2011.)

Masennuksen oireita ovat uupumus, masentunut mieliala, mielihyvän kokemuksen menetys, itseluottamuksen tai itsearvostuksen menetys, kohtuuton itsekritiikki tai perusteeton syyllisyyden tunne. Oireita ovat myös toistuvat kuolemaan tai itsetuhoon liittyvät ajatukset tai itsetuhoinen käytös, päättämättömyyden tai keskittymiskyvyttömyyden tunne, psykomotorinen hidastuminen tai kiihtyneisyys, unihäiriöt sekä ruokahalun ja painon muutos. Masennukseksi katsotaan tila, joka on pitkäkestoinen ja jonka oireet haittaavat selvästi toimintakykyä. (Isometsä 2011.) Ihmisillä voi olla hyvinkin erilaisia oirekokonaisuuksia ja niiden sisältö voi muuttua sairastamisen aikana.

Masennuksen keskeisimmät muodot jaetaan ICD-10 (International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems -10) tautiluokissa masennustiloihin ja toistuvaan masennukseen. Masennuksen vaikeusastetta arvioidaan ICD-10:ssä oireiden lukumäärän mukaan (lievä 4–5, keskivaikea 6–7 ja vaikea 8–10 oiretta) mutta sitä voidaan arvioida myös oiremittareiden (esim. Montgomery–Åsbergin depressioasteikko (MADRS), Beckin depressioasteikko (BDI) ja PHQ-9 (Patient Health Questionnaire – 9) avulla tai masennustilaan liittyvän toimintakyvyn heikkenemisen perusteella. (Depressio Käypä Hoito 2020.) ICD-10 mukaiset masennustilan kriteerit on kuvattu liitteessä 1.

Hoidon suunnittelussa keskeistä on masennuksen vaikeusasteen arviointi, ensimmäisen ja toistuvan masennuksen välinen erottelu, itsemurhavaaran, toimintakyvyn ja monihäiriöisyyden

arviointi. Hoitosuunnitelma perustuu potilaan tarpeisiin ja vaikuttaviin hoitomuotoihin kuten lääkitykseen ja psykoterapia-arvioon. Potilaan elämäntilanteen kartoittaminen ja psykososiaalisen tuen tarjoaminen kuuluvat hoidon keskeisiin tehtäviin. Masennuksesta toipumisen jälkeen seuranta on jatkettava puolen vuoden ajan uusiutumisriskin vuoksi. (Depressio Käypä Hoito 2020.)

## 2.2 Sosiaalinen tuki, sen rakenne ja muodot

Sosiaalinen tuki käsitteenä on tutkimusten perusteella monitahoinen ja erilaiset määritelmät eroavat toisistaan sekä painoituksiltaan, lähestymistavoiltaan että sisällöiltään. Yhteistä määritelmille on sosiaalisten suhteiden yhdistäminen ihmisen hyvinvointiin ja terveyteen, jolloin sosiaalinen tuki koetaan ihmisten välisenä vuorovaikutuksena, jossa ihmiset antavat ja saavat tukea. (Hokkanen & Astikainen 2001, Walden 2006, Goldsmith & Albrecht 2011.) Sosiaalinen tuki on auttamista, jakamista, välittämistä, kuuntelemista, neuvojen antamista ja kannustamista. Tavoitteena on ihmisen voimavarojen vahvistaminen ja selviytymisen tukeminen. Sosiaalinen tuki on vuorovaikutusta tukea antavan ja tukea tarvitsevan ihmisen välillä. (Viljamaa 2003.)

Sosiaalinen tuki on tukea, jota ihmiset antavat sosiaalisten suhteiden kautta toisilleen, ryhmille ja yhteisöille myös kriisitilanteissa (Lin ym. 1981). Se voidaan määritellä yksinkertaisesti ihmisten väliseksi vuorovaikutussuhteiksi (Khan & Antonucci 1980, Gothoni 1990, Hokkanen & Astikainen 2001) tai vuorovaikutuksen tuottamien perustarpeiden; rakkaus, hyväksyntä, identiteetti ja turvallisuus tyydyttämiseksi (Thoits 1982). Luonnollisimmillaan sosiaalinen tuki on sitä, että ihminen kuuluu sosiaaliseen verkostoon, jossa hän käsitteellistää elämäänsä ympärillä olevien ihmisten kanssa. Tärkeintä on tuen saatavuus tilanteiden sitä vaatiessa ja luottamus siihen (Sarason ym. 1990). Sosiaalista tukea saadaan myös ammattiauttajilta (Cobb 1976).

Sosiaaliselle tuelle käytetään synonyyminä sen läheisiä käsitteitä sosiaalinen verkosto tai sosiaalinen tukiverkosto. Gothoni (1990) erottaa nämä käsitteet siten, että ihminen saa sosiaalista tukea yleensä vain osalta sosiaalista verkostoa, jolloin vain tämän osan verkostosta voidaan katsoa olevan sosiaalinen tukiverkosto. Tutkijat ovat yksimielisiä siitä, että käsitteen selventämiseksi sosiaalisen tuen rakenteellinen ja toiminnallinen puoli on hyvä erottaa toisistaan.

Sosiaalisen tuen rakenne sisältää ihmisen sosiaaliset suhteet ja toiminnallisuuden sekä erilaiset sosiaalisen tuen muodot. Sosiaalisen tuen rakennetta kuvataan sosiaalisten suhteiden



olemassaololla ja kontakteilla sekä niiden määrällä. Lin (1999) kuvaa ihmisen sosiaalisen tuen rakennetta kolmena erilaisena kerroksena ihmisen ympärillä. Sisin kerros koostuu läheisistä ihmissuhteista, puolisoista, perheestä ja ystäväistä. Tämä lähimpänä ihmistä oleva taso tarjoaa sitoutumista, uskoutumista ja vastavuoroisuutta. Seuraava kerros on sosiaalisten verkostojen taso, joka sisältää yhteydet kavereihin ja sukulaisiin ja saa aikaan sosiaalisen sitovuuden tunteen. Uloin kerros kuvastaa niitä instituutioiden ja organisaatioiden tasoja yhteiskunnassa johon ihminen kuuluu ja osallistuu. Se sisältää mm. työympäristön, harrastuspiirit ja vapaaehtoisjärjestöt, eli ryhmät, jotka tuovat ihmiselle tunteen kuulumisesta yhteiskuntaan tai yhteisöön. (Lin 1999.)

Sosiaalisen tuen rakenne vaikuttaa siihen, miten ihminen saa tukea. Jokainen kerros on yhteydessä toisiinsa. Kahn ja Antonucci (1980) kuvaavat rakenteet hyvin samankaltaisiksi kuin Lin (1999). Läheisimmät ihmissuhteet ovat melko pysyviä, kun taas kavereiden ja sukulaisten muodostamat ihmissuhteet voivat muuttua ajan kuluessa ja roolin muuttuessa. Kauimpana olevat vähiten läheiset ihmiset ovat kiinteässä yhteydessä rooleihin ja siten muuttuvat myös herkästi. (Khan & Antonucci 1980.) Tärkeitä tekijöitä oletetaan olevan suhteiden vastavuoroisuus, syvien tunnesuhteiden olemassaolo, verkoston tiheys, koostumus ja ystävyysuhteiden määrä.

Merkittävää on sukupuolten välinen ero sosiaalisissa suhteissa. Naisilla on yleensä laajempi verkosto ja heillä on enemmän läheisiä luottamuksellisia ihmissuhteita miehiin verrattuna, ja he hyötyvät enemmän saamastaan tuesta. Kääntöpuolena nähdään naisten kuormittuminen läheisille tapahtuvien kielteisten elämäntapahtumien johdosta sekä ihmissuhteiden suurempi konfliktien määrä. (Khan & Antonucci 1980.)

Sosiaalisen tuki jaetaan erilaisiin tuen muotoihin. Khan ja Antonucci (1980) on jakanut sosiaalisen tuen kiintymykseen, päätöksenteossa tukemiseen ja konkreettisen tuen antoon. House (1981) taas kuvaa sosiaalista tukea emotionaalisena, informatiivisena, instrumentaalisenä ja arvioivana tukena ja Thoits (1982) puolestaan sosioemotionaalisenä ja instrumentaalisenä. Gothoni (1990) tuo jaotteluun mukaan myös negatiivisen tuen. Sosiaalinen tuki on määriteltävissä sosiaalisista suhteista saatavaksi tueksi, jolloin se koostuu tietotuesta, aineellisesta tuesta, arvostuksesta ja henkisestä tuesta (Cohen & Syme 1985). Hokkanen ja Astikainen (2001) jakavat sosiaalisen tuen tiedolliseen, toiminnalliseen, taloudelliseen ja tunnetukeen.

Linin (1986) mukaan tuen muodoiksi muodostuu instrumentaalinen tuki ja kokemuksellinen tuki. Kumpusalo (1991) erottaa sosiaalisen tuen muotoja viisi, jotka ovat aineellinen,

toiminnallinen, tiedollinen, emotionaalinen ja henkinen tuki. Aineellinen tuki pitää sisällään esimerkiksi rahan, tavarat ja apuvälineet. Erilaiset palvelut luetaan puolestaan toiminnallisen tuen piiriin. Tiedollinen tuki taas pohjautuu opastukseen ja neuvoihin. Emotionaalinen tuki on kannustamista, rakkautta ja empatian osoittamista ja henkiseksi tueksi katsotaan esimerkiksi yhteinen uskonnollinen näkemys tai aatemaailma. (Kumpusalo 1991.) Sosiaalisten suhteiden ja sosiaalisen tuen terveysvaikutuksista Cobb (1976) esitti hypoteesin, jonka mukaan sosiaalisen tuen arveltiin olevan tärkeää erilaisten elämäntapahtumien ja kriisien haittoja vastaan. Sosiaalisten suhteiden terveysvaikutuksia on tutkittu etenkin työikäisten keskuudessa, jolloin huomio on kiinnittynyt niiden ja kuolleisuuden väliseen yhteyteen. (House ym.1988, Kaplan & Toshima 1990.)

### 2.3 Kirjallisuushaku masennuksen ja sosiaalisen tuen yhteydestä

Kirjallisuuskatsauksella haettiin tietoa kuvailemaan masennuksen ja sosiaalisen tuen yhteyttä. Tutkimuksen kirjallisuushaut tehty tammikuussa 2020. Tiedonhaku tehtiin seuraavista tietokannoista; Cinahl, Medic, PsycINFO ja PubMed. Hakulausekkeet, rajaukset ja haun tulokset on esitetty taulukossa 1. Hakusanojen ja rajausten muodostamiseen on hyödynnetty informaation apua. Tiedonhakua on täydennetty tietokantahaun lisäksi manuaalisella haulla tarkastelemalla artikkeleiden otsakkeita ja tiivistelmiä sekä tietokantojen viittaushauilla (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013).

Taulukko 1. Tiedonhakuun käytetyt hakulausekkeet, rajaukset ja tulokset tietokannoittain. (1/2)

Tietokanta	Hakusanat	Hakutulos	Rajaukset	Hakutulos ja valitut
Cinahl	depress* AND (“social support*” or “social network*” or “social relationships* “)	8484	Limiters: Peer Reviewed English Language Publication Date 2015-2020 Source Types: Academic Journals Age 19-64v.  Geography: Usa, Europe, Uk & Ireland, continental Europe, Canada, Australia & New Zealand  Subject: Major Heading: support, psychosocial depression, social networks, family, socioeconomic factors, stigma, loneliness, parents, mental health services, social networking, survivors	871 Valittu 14

Taulukko 1. Tiedonhakuun käytetyt hakulausekkeet, rajaukset ja tulokset tietokannoittain. (2/2)

Tietokanta	Hakusanat	Hakutulos	Rajaukset	Hakutulos ja valitut
Medic	masenn*depress* AND (“sosiaalisen tuen” OR “sosiaalisten suhteiden” OR “social support” OR “social relationship”)	106	Ei rajoituksia	106 Valittu 2
PsycINFO	depress* AND (“social support*” OR “social relationship *” OR “social network*”)	19107	Publication Year: 2015-2020  Source Types: Academic Journals  Subject: Major Heading: major depression, social support, risk factors, psychosocial factors, depression, social networks, online social networks, stigma, family, survivors, loneliness  Age: young adulthood (18-29. thirties (30-39 y), middle age (40-64 y)  Language: English	1074 Valittu 4

Hakuprosessi tuotti ilman hakurajauksia yhteensä 42 247 tutkimusta ja hakurajauksen jälkeen 2 103 tutkimusta. Alkuun rajattiin pois julkaisut, joiden otsikot eivät vastanneet käsitteitä tai jotka koskivat myös vanhusväestöä (yli 65 v.), muita psykiatrisia sairauksia tai somaattisia sairauksia. Suurin osa artikkeleista käsitteli masennuksen ja somaattisten sairauksien yhteyttä, mikä selittää artikkelien suuren karsinnan. Seuraavaksi jäljelle jääneistä julkaisuista käytiin läpi tiivistelmät, joista hylättiin aihetta vastaamattomat tutkimukset, sekä tutkimusten kokotekstit. Tietokannat antoivat myös päällekkäisiä tuloksia, joten kaikkiaan tietokannoista valikoitui 17 artikkelia ja suomalaisia väitöskirjoja kuusi, joista manuaalisella haulla löytyi neljä. Valittujen tutkimusten tutkimusmaina ovat Alankomaat (n = 1), Amerikka (n = 1), Australia (n = 2),

Englanti (n = 1), Irlanti (n = 1), Norja (n = 1), Ruotsi (n = 1), Suomi (n = 9), USA (n = 2). Kirjallisuuskatsauksia oli lisäksi neljä. Valitut tutkimukset ovat liitteessä 2.

Tutkimusten valinnassa käytettiin kriittistä arviointia huomioimalla tutkimusten riittävä otos, tutkimuksiin soveltuvat tilastolliset menetelmät ja kohderyhmien ja tulosten selkeä kuvaus. (Hoitotieteen tutkimussäätiö 2013.)

## 2.4 Yhteenveto masennuksen ja koetun sosiaalisen tuen välisestä yhteydestä

### 2.4.1 Sosiaalinen tuki masennuksessa ja masennuksen vaikutus sosiaalisiin suhteisiin

Koetulla sosiaalisella tuella on tärkeä merkitys masennuksessa. Sosiaalisella tuella on suoria vaikutuksia mielenterveyteen ja se toimii apuna vastoinkäymisissä. Se voi siis suojata ihmistä masennukseen johtavalta kehitykseltä kuormittavissa elämäntapahtumissa. Masennuksesta toipuminen on helpompaa, jos sosiaalista tukea on saatavissa masennuksen aikana, kun taas sen puuttuessa masennuksen toipumisen ennuste huononee etenkin vakavasti masentuneiden kohdalla. Masentuneen ihmisen arvioima sosiaalinen tuki laskee sitä mukaa kun masennus pitkittyy. Pitkät masennusjaksot myös heikensivät sosiaalisia verkostoja. (Leskelä 2008, Mustonen ym. 2013.)

Hiilamon ja Tuulio-Henrikssonin tutkimuksessa (2012) sosiaalisen tuen merkitys toipumisessa nuorilla aikuisilla oli jopa merkittävämpi kuin masennuslääkkeet tai terapia. Sosiaalisen tuen merkitys havaittiin yhtä tärkeäksi sekä lievissä että vakavissa masennustiloissa riippumatta masennuksen vaiheesta tai siihen saadusta hoidosta ja se on muiden hoitokeinojen ohella merkittävä tekijä masennuksesta toipumiseen. (Hiilamo & Tuulio-Henriksson 2012.) Vähäiseksi havaittu sosiaalinen tuki tai suurempi yksinäisyys lähtötilanteessa oli merkittävä ennuste masennusoireiden vakavuudelle. Masennuksesta kärsivillä ihmisillä, jotka kokevat sosiaalisen tukensa heikommaksi, on huonommat tulokset oireiden, palautumisen ja sosiaalisen toimintakyvyn kannalta kuin niillä, jotka kokevat saavansa enemmän sosiaalista tukea. (Wang 2018.)

Sukupuolten välillä on eroja tarkasteltaessa sosiaalisen tuen muotoja. Miehet kokevat konkreettisen tuen vaikutukset merkittävämpänä kun naiset, jotka puolestaan kokevat koetun emotionaalisen tuen tärkeämpänä (Grav ym. 2011). Suurempi sosiaalinen tuki liittyy masennusoireiden vähentymiseen ajan myötä etenkin miehillä. Tämä näkyi enemmän toiminnallisessa tuessa kuin rakenteellisessa tuessa. Naisilla sosiaalisen tuen ja

masennusoireiden välisiä assosiaatioita voi kuvata kaksisuuntaisina: sosiaalisen tuen tason muutokset vaikuttavat masennusoireiden muutoksiin ja päinvastoin. (Almquist 2017.)

Irlantilaistutkimuksessa miehillä ja naisilla havaittiin erilaisia tarpeita tukiverkostojen suhteen (Santini ym.2016). Parisuhteessa saatu korkeampi tuki sekä hyvät sosiaaliset verkostot suojasivat etenkin miehiä masennusoireita vastaan verrattuna niihin, joilla oli vähemmän tukea parisuhteessa ja heikommat sosiaaliset verkostot. Miehet ovat alttiimpia huonon parisuhteessa saadun tuen vaikutuksille masennusoireisiin, kun taas naiset saattavat löytää ja luottaa muualta saatavaan tukeen. Ystäviltä ja lapsilta saatu sosiaalinen tuki suojasi masennusoireilta molempia sukupuolia. Lasten vaikeudet liittyivät läheisesti lisääntyneisiin masennusoireisiin etenkin naisilla. (Santini 2016, Bryant ym.2017.) Suhteen laadulla lasten kanssa näyttää olevan samanlaisia vaikutuksia masennusoireisiin miehillä ja naisilla.

Sinokin tutkimuksessa (2011) työtovereiden tuki nimenomaan miehille oli tärkeää terveyden ja hyvinvoinnin kannalta. Hän selvitti esimiesten ja työtovereiden antaman riittävän tuen ehkäisevän mielenterveysongelmien syntymistä ja vähentävän masennuslääkkeiden käyttöä. Esimiesten vaikutus mielenterveyteen oli jopa suurempi kuin työtovereiden, ja tuki vähensi myös työkyvyttömyyseläkkeen todennäköisyyttä. Huono työilmapiiri aiheutti masennusta ja ahdistusta ja lisäsi mielialalääkkeiden käyttöä. Vähäinen tuki myös yksityiselämässä saattaa johtaa masennukseen ja erilaisiin unioongelmiin ja he, joilla tuki puuttui, olivatkin Sinokin tutkimuksessa pahimmassa riskiryhmässä sairastua masennukseen. (Sinokki 2011.)

Sosiaalisen tuen lähteet vaihtelevat iän mukaan. Vanhempien tuki liittyi johdonmukaisesti suojaamaan lasten ja nuorten masennukselta, kun taas avioliitto tukee aikuisia. (Garipey ym. 2016.) Werner-Seidler ym. (2017) tutkivat sosiaalisia suhteita ja masennusta eri ikäryhmissä. Nuorten aikuisten ikäryhmässä (16–34-vuotiaat) perheen tai ystävien kanssa vuorovaikutuksen tiheys ei liittynyt masennukseen, tärkeämmäksi nousi ystävyyslaatu. Käytännöllinen ja välineellinen tuki voi olla tärkeä, sillä 16–34 ikävuodet edustavat siirtymistä aikuisuuteen ja siirtymistä pois perheen riippuvuudesta. Se on aika, jolloin ihmiset yleensä perustavat uran, hankkivat taloudellisia vastuita ja perustavat perheitä. Monipuolisesta ystävyysverkostosta on hyötyä tässä ikäryhmässä. (Werner-Seidler ym.2017.)

Ikäryhmässä 35–54 vuotta puolestaan vuorovaikutuksen laatu liittyi masennukseen, ja tämä ulottui sekä perheen että ystävyysverkostoihin. Perheenjäsenten puuttuminen ja emotionaalisen tuen vähäisyys liittyi masennuksen todennäköisyyden lisääntymiseen kaksinkertaisesti. Siksi on suurta hyötyä siitä, että on ainakin yksi perheenjäsen, johon voi luottaa. Myös ikätovereiden käytännön tuki on avaintekijä työikäisten henkilöiden

keskuudessa. (Werner-Seidler ym. 2017.) Sosiaalisen tuen laatu osoittautui määrää tärkeimmäksi myös Teon ym. (2013) tutkimuksessa.

Vanhemmassa aikuisten ikäryhmässä (yli 55-vuotiaat) yhteydenottoiheys oli tärkeä, sillä henkilöillä, jotka ilmoittivat vähäisten yhteydenottojen määrän, oli kaksinkertainen riski sairastua masennukseen. Perhesuhteisiin tai suhteiden laatuun ei liity masennuskertoimia vanhemmassa ikäryhmässä. Myöhemmässä aikuisuudessa perheenjäsenten ja sukulaisten tuki jää vähemmälle tai muutos tuen tarjoamisesta sen saamisen sijasta voi muuttua, mikä saattaa jättää tämän ikäryhmän alttiimmaksi masennukselle, jos heidän omat tukitarpeensa eivät täyty. Myöhemmässä elämässä ne, jotka pystyvät ylläpitämään ystävyys-suhteitaan, ovat vähemmän alttiita masennukselle. (Werner-Seidler ym. 2017.)

Aromaa (2012) tuo esiin mielenterveysongelmiin liittyvän stigman, joka on edelleen olemassa. Tämä johtaa masentuneen välttelevään käyttäytymiseen häpeän ja leimautumisen pelossa, sekä yksityisissä sosiaalisissa suhteissa että terveyspalveluissa ja työpaikoilla ja vaikeuttaa näin sosiaalisten suhteiden ylläpitämistä. Masennuksesta toipuvilla vuorovaikutuksen ongelmat, kuten vähäisempi rakastetuksi tuleminen kokemus ja herkkyyys ihmissuhteissa, vaikeuttivat paranemista. Sosiaalisen tuen lisäämistä olisi tärkeä tukea etenkin työttömillä ja syrjäytymisvaarassa olevilla. (Rissanen 2015.) Parisuhteessa puolisoa haluttiin suojella eikä esimerkiksi itsetuhoajatuksista kerrottu perheelle. Masennus muodosti uhkan parisuhteen jatkumiselle. Masentuneet kantoivat myös huolta puolison ja lasten pärjäämisestä. (Kuusinen –Laukkala 2019.)

Ihmissuhteiden vähentäminen tai katkaiseminen oli masentuneella yleistä. (Santini ym. 2015). Ystävät ja perheenjäsenet myös saattoivat hylätä masentuneen tai aiheuttivat masentuneelle kärsimystä ja osoittivat puutteellista ymmärrystä mielenterveysongelmia ja niiden hoitoa kohtaan. Perheillä ei ollut siitä, miten mielenterveysongelmat voivat vaikuttaa käyttäytymiseen ja toimintaan. Ystävät ja perhe ovat siis sekä syrjinnän että tuen lähteitä. Sosiaalinen etäisyys ystävästä ja perheestä oli pääasiallinen syrjinnän muoto, erityisesti sosiaalinen hylkääminen ja kielteisten tai tuomitsevien asenteiden omaksuminen. Vastaavasti emotionaalisen tuen tarjoaminen ja yhteydenpidon ylläpitäminen vaikuttivat positiivisesti. (Santini ym. 2015, Bryant ym. 2017, Morgan 2017, Barry ym. 2019.) Masentuneiden taipumus muodostaa melko kyynisiä ja pessimistisiä käsityksiä sosiaalisen ympäristön todellisuudesta ei välttämättä tarkoita sitä, että tuki todella puuttuu. Tämä voisi selittää havaittujen tai saadun tuen ja masennuksen välisissä yhteyksissä havaittuja eroja tutkimuksissa. (Santini ym. 2015.)

Kuusinen–Laukkala (2019) tutkimuksessa tuli myös esille, kuinka masennus eristi perheitä muusta yhteisöstä ja sukulaisista, joilta olisi voinut saada tukea. Masentuneet eivät toisaalta jaksaneet pitää yhteyttä kodin ulkopuolelle eivätkä ulkopuoliset ottaneet yhteyttä masentuneeseen. Epäonnistumisen tunne, moitteet, pettymys, arvostelu, inho ja viha itseä kohtaan lisäsivät masennuksen kehää. Läheiset ihmiset ja sukulaiset vähensivät yhteydenottoa, joutuessaan masentuneen vihan ja ärtymyksen kohteiksi. Tämä taas sai masentuneen tuntemaan itsensä huonoksi ja torjutuksi, mikä puolestaan lisäsi eristäytyneisyyttä ja syvensi masennusta. Masentunut vaikutti perheen tunneilmapiiriin ja rajoitti muun perheen mahdollisuuksia sosiaaliseen kanssakäymiseen perheen ulkopuolisten kanssa. (Kuusinen-Laukkala 2019.)

Sekä työstä poissaolo että ulkopuolisuuden tunne lähiverkostossa aiheuttivat masentuneille ulkopuolisuuden tunnetta sairauslomalla ollessa tai kun työsuhde oli loppunut kokonaan. Työstä poissaoloon työttömyyden tai sairauden vuoksi liittyi alemmuudentunnetta, häpeää, ja syyllisyyttä ja se sai masentuneet tuntemaan itsensä paitsi ulkopuoliseksi myös hyödyttömäksi yhteiskunnassa. Tulotason lasku ja huoli toimeentulosta esti myös osallistumista kustannuksia aiheutuviin asioihin kuten harrastuksiin. (Kuusinen-Laukkala 2019.)

#### 2.4.2 Sosiaalisen tuen merkitys masennuksen hoidossa ja kuntoutuksessa

Psykiatrisessa sairaalahoidossa olevien aikuispotilaiden ja perheiden tuen kokemuksia tutkinut Mattila (2011) selvitti hoitohenkilökunnalta saadun tuen olevan etenkin emotionaalista tukea. Emotionaalinen tuki hoidossa toteutui tiedollista tukea paremmin. Hoitajat pyrkivät edistämään potilaan ja läheisten vuorovaikutusta, mutta perhettä ei edelleenkään oteta kovin aktiivisesti mukaan potilaan hoitoon. Merkittävää oli, kuinka hoitajien vähäinen tuki vaikutti negatiivisesti potilaan ja perheenjäsenten tilanteeseen.

Masennuksesta kuntoudutaan vuorovaikutussuhteissa ja kuntoutumisen huomioiminen kokonaisvaltaisesti on tärkeää. Masennuksesta kuntoutumisen ei tulisi olla pelkästään terapian varassa vaan myös muun tuen tarve tulisi hoidossa aina arvioida. Ammattiauttajan tuen avulla masentuneet saattavat löytää elämälle uusia mahdollisuuksia. Sosiaalinen tilanne voi aiheuttaa masennusoireilua mutta antaa myös kuntoutumisen resursseja. Koska perheen merkitys voi olla sekä vahvistava että heikentävä, on huomioitava, että myös perhe elää erilaisia vaiheita, jolloin myös tuen tarpeet voivat olla vaihtelevia. Masentunut herkästi vetäytyy ihmissuhteistaan, jolloin kokemus taakkana olosta vaikuttaa perheen vastavuoroisuuteen. Tutkimuksessa (Romakkaniemi 2011) havaittiin, että masentuneet myös salasivat tilanteensa lapsiltaan, mikä aiheutti lapsissa ahdistusta. Koko perheen hyvinvointiin tulisikin kiinnittää enemmän huomiota. (Romakkaniemi 2011.)

Kuusinen-Laukkalan (2019) tutkimuksessa masentuneiden puolisoita ei juuri otettu mukaan masennuksen hoitoon perusterveydenhuollossa. Toisaalta masentuneista osa oli kieltänyt puolisonsa osallistumisen hoitoonsa, osalla puoliso itse ei halunnut osallistua. Lapsia ei huomioitu mitenkään eri syistä. Hoito oli yksilökeskeistä eikä perheen psykoedukaatiota liitetty hoitoon. Masentuneita olisi auttanut mm. perheen mukaanotto kuntoutukseen ja tarvittavien elämänmuutosten tekoon, asiallisen tiedon tarjoaminen puolisolle ja lapsille sairaudesta. Tärkeäksi koettiin riittävän pitkä sairauden hoito sekä valmius arvo- ja asennemuutoksiin ja toisin tekemiseen. Masennuksesta toipumiseen olisi auttanut myös pyrkiminen eroon masennusta ylläpitävistä tekijöistä kuten huono parisuhde, päihteiden väärinkäyttö tai väkivaltaisuus tai epätyytyttävä työ. Vuorovaikutustaitojen harjoittelu aikuisenakin olisi auttanut ihmissuhteiden ylläpidossa. (Kuusiniemi-Laukkala 2019.)

Sosiaalisen verkoston monipuolisuus pystyisi tarjoamaan tukea masentuneen perheelle. Toimiva parisuhde nähtiin voimavaraksi ja sen hoitamisen panostaminen koettiin kannattavaksi. Lasten kasvatukseen olisi myös haluttu enemmän tukea, jopa ulkopuolista lastenhoitoapua. Vanhempien välinen joustava työnjako helpotti käytännön elämää. Erotilanteisiin olisi kaivattu enemmän tukea, joka olisi auttanut jopa erotilanteiden välttämiseen. Perheet olisivat kaivanneet ajoissa tukea parisuhteen ristiriitoihin, joita masennus monesti pahensi. Puolison voimavarat olivat koetuksella ja hän olisi kaivannut tukea jaksamiseensa. (Kuusinen-Laukkala 2019.)

Masentuneen hoidossa ja masennuksen uusiutumisen ehkäisyssä erityistä huomiota tulee kiinnittää masentuneen ihmissuhdeongelmiin, sosiaaliseen syrjäytymiseen ja yksinäisyyden tunteisiin. (Bryant ym. 2017, van den Brink ym.2018.) Tieto ja tuki voivat vaihdella psykoedukaatiosta intensiivisempiin perheinterventioihin. Sosiaalisten verkostojen parantamiseen tähtäävistä interventioista on hyötyä masentuneiden tukemisessa, hoidon saamisessa ja masennuksesta paranemisessa. (Morgan ym.2017.) Toimivat interventiotyypit ovat luonteeltaan erilaisia ja monimuotoisia. Koska sosiaaliset interventiot voivat edistää sosiaalista vuorovaikutusta, niillä on teoreettisesti mahdollista vähentää masennusta väestön tasolla. (Nagy ym. 2017.)

Sukupuolten väliset erot tulisi myös ottaa huomioon masennuksen interventioissa (Grav ym. 2011). On tärkeää tuoda esille, kuinka perheenjäsenet voivat tukea mielenterveysongelmista kärsiviä (Morgan ym. 2017, Bryant ym. 2017). Sosiaalisten suhteiden laadun parantamiseen ja nykyisten sosiaalisten verkostojen rakenteiden vahvistamiseen tähtäävät toimenpiteet, erityisesti yksinäisyyden tunteiden vähentäminen, voivat olla hyödyllisiä masennusoireiden estämisessä vanhempien aikuisten keskuudessa (Santini ym.2016).



Sosiaalisen tuen lähteet vaikuttivat merkittävästi masennukseen yliopisto-opiskelijoihin kohdennetuissa tutkimuksissa ja ne vaikuttivat myös yliopisto-opiskelijoiden elämänlaatuun ja olivat arvokkaita resursseja opiskelijoiden mielenterveyden suojelemisessa ja tukemisessa. Nämä tulokset tarjoavat tietoa tehokkaiden interventioiden ja masennuksen ennaltaehkäisystrategioiden kehittämiseksi sekä opiskelijoille että yliopistoille. Sosiaalisen tuen lähteiden tuntemuksen lisääminen suojaa opiskelijoiden sosiaalista ja emotionaalista hyvinvointia. (Nagy ym. 2017, Alsubaie ym.2019.)

### 3 TUTKIMUKSEN TARKOITUS, TAVOITTEET JA TUTKIMUSKYSYMYKSET

Tämän määrällisen tutkimuksen tarkoituksena oli kuvata sosiaalisen tuen kokemista ja muutoksia sosiaalisen tuen kokemisessa masennuspotilailla DepFuD-seurantatutkimuksen lähtötilanteessa ja sen aikana kahdeksantoista kuukauden aikapisteessä.

Tutkimuksen tavoitteena oli tuottaa tietoa sosiaalisen tuen kokemisesta masennuksen aikana. Tietoa voidaan hyödyntää masennuksen hoidossa ja sosiaali- ja terveydenhuollon koulutuksessa huomioimalla sosiaalisen tuen tarve.

Tässä tutkimuksessa haettiin vastauksia seuraaviin tutkimuskysymyksiin:

1. Onko masennuspotilaiden sosiaalisen tuen kokeminen yhteydessä masennuksen tasoon lähtötilanteessa ja kahdeksantoista kuukauden kohdalla?
2. Miten masennuspotilaiden sosiaalisen tuen kokeminen muuttuu seurannan aikana lähtötilanteesta kahdeksantoista kuukauden aikapisteeseen?

## 4 TUTKIMUKSEN METODOLOGIA JA TOTEUTUS

### 4.1 Tutkimuksen kohderyhmä ja aineiston keruu

Tutkimuksen kohderyhmä koostui “Follow-up Study With Randomized Clinical Vitamin D Supplementation Trial On Patients With Depression” (DepFuD) -tutkimusaineiston potilaista. Masennusta sairastavien seuranta- ja satunnaistettu D-vitamiini-interventiotutkimus (DepFuD) on aloitettu Kuopion yliopistollisen sairaalan (KYS) Mielenterveyden ja hyvinvoinnin palvelualueella vuonna 2015. Tutkittavat ovat Pohjois-Savon sairaanhoitopiirin, Kuopion Yliopistollisen sairaalan (Mielenterveys ja hyvinvointi -palveluyksikkö) sekä Keski-Suomen sairaanhoitopiirin (Jyväskylän keskussairaalan psykiatrian klinikka) poliklinikoille masennuksen vuoksi hoitoon tulleita potilaita. DepFuD-tutkimuksen tutkimussisältö on kuvattu liitteessä 3.

Tutkimukseni aineisto koostuu jo kerätystä tiedosta psykiatrian klinikoiden potilailta, jotka olivat iältään 20-66 -vuotiaita. Tähän pro gradu -tutkimukseen otettiin mukaan 100 ensimmäistä tutkimuspotilasta DepFuD-tutkimuksesta.

### 4.2 Tutkimuksessa käytetyt mittarit

Masennusoireiden arvioinnissa käytettiin Beckin masennusasteikkoa eli Beck Depression Inventory (BDI)-lomaketta. BDI on 21-osiainen kysely, jota käytetään masennusoireiden intensiteetin määrittämiseen tutkimus- ja terapiakontekstissa. Kyselyssä on 21 väittämää, joihin on neljä vastausvaihtoehtoa. Kyselyn täyttäjä valitsee väittämistä omaa tilannettaan parhaiten kuvaavan vaihtoehdon. (Aalto 2012, Viinamäki ym. 2004). BDI-lomake on esitelty liitteessä 4. BDI-lomaketta tulkittiin tässä tutkimuksessa saadun pistemäärän mukaan: ei masennusoireilua (normaali mieliala) alle 9 pistettä, lievää masennusoireilua 10-18 pistettä, keskivaikeaa masennusoireilua 19-29 pistettä ja vaikeaa masennusoireilua 30-63 pistettä. (Psshp lomake 2020.KYS 85409-4M 02.19.)

Koetun sosiaalisen tuen kysymykset kerättiin DepFuD-tutkimuksen tutkimuslomakkeista. Sosiaalisen tuen kokemista kysyttiin perheeltä, ystäviltä ja työtovereilta saadusta tuesta.

Masennuksen ja yksinäisyyden kokemista kysyttiin kysymyksillä missä määrin yksinäisyys on vaivannut sekä koettu yksinäisyys. Nämä on esitelty liitteessä 5.

Taustamuuttujia olivat sukupuoli, ikä, siviilisääty, asumismuoto, alle 18 -vuotiaat lapset sekä nykyhetken työtilanne. Sukupuolen vastausvaihtoehdoista lomakkeesta puuttui vaihtoehto ”Muu”.

### 4.3 Aineiston analysointi

Kvantitatiivisessa aineistossa otoksen tulisi olla suurempi kuin viisikymmentä (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013). Tässä tutkimuksessa otoskoko oli alkutilanteessa 100 ja kahdeksantoista kuukauden aikapisteessä 85. Aineiston tilastollinen analyysi tehtiin SPSS (Statistical Package for Social Sciences) 22.0 for Windows -tilasto-ohjelmaa käyttäen. Valittu aineisto tarkistettiin mahdollisten virheellisten tietojen ja arvojen löytämiseksi (Heikkilä 2004). Taustamuuttujatiedoista (liite 6) sekä koetusta sosiaalisesta tuesta laskettiin frekvenssit ja prosenttiosuudet.

Masennuksen ja sosiaalisen tuen välisiä suhteita analysoitiin sekä alkupisteessä että kahdeksantoista kuukauden kohdalla ristiintaulukoimalla muuttujat. Ristiintaulukoinnin yhteydessä käytettävä khiin neliötesti (chi-square) analysoi havaittujen erojen suuruutta. Testisuureen ja vapausasteen perusteella voidaan laskea p-arvo, joka on nollahypoteesin todennäköisyys eli todennäköisyyttä sille, että tehdään virhepäätelmä väitettäessä, että riippuvuus pätee myös perusjoukossa. Tässä tutkimuksessa käytettiin p-arvona 0.05 tilastollisen merkitsevyyden raja-arvona. Jos p-arvo alittaa valitun luottamustason, yleisimmin  $p < 0.05$ , nollahypoteesi hylätään ja todetaan riippuvuuden olevan tilastollisesti merkitsevä. Mikäli p-arvo on suurempi kuin 0.05 riippuvuus ei ole tilastollisesti merkitsevä. (Heikkilä 2004.)

Riippuvuutta mitattiin korrelaatiokertoimella, joka mittaa muuttujien riippuvuuden välisen suuruuden. Tässä tutkimuksessa käytettiin Pearsonin korrelaatiokerrointa(r), joka soveltuu suhde- ja välimatka-asteikollisiin muuttujille mitaten lineaarista riippuvuutta ja joka perustuu havaittujen ja osoitettujen frekvenssien vaihteluun. Odotetuista frekvensseistä korkeintaan 20 % saa olla pienempiä kuin 5 ja jokaisen frekvenssin on oltava suurempi kuin 1. Lisäksi testattiin havaitun riippuvuuden tilastollista merkitsevyyttä, jolloin pyritään selvittämään, onko havaittu riippuvuus niin suurta, että sen voidaan otaksua esiintyvän perusjoukossa. (Heikkilä 2004.)

## 5 TULOKSET

### 5.1 Tutkimukseen osallistuneiden taustatiedot

Tutkimukseen osallistuneiden taustatiedot on esitelty taulukossa 2. Tutkimukseen otetuista 100 tutkittavasta naisia oli enemmistöIältään suurin ryhmä oli alle 40-vuotiaita ja 41-60-vuotiaita oli 35%. Siviilisäädyltään naimattomia oli eniten, parisuhteessa olevia 39 %. Suurin ryhmä asui omassa perheessä/parisuhteessa ja yksin asuvia oli 40 %. Muu asumismuoto tarkoittaa asunnottomuutta tai turvakotia. Enemmistöllä tutkittavista ei ollut alaikäisiä lapsia. Työtilannetta tarkasteltaessa 44 % oli muusta syystä pois työelämästä, jolloin syynä saattoi olla sairausloma tai opiskelu. Tutkittavista 5 % oli työkyvyttömyyseläkkeellä.

Taulukko 2. Tutkimukseen osallistuneiden taustatiedot (n, %). (1/2)

Muuttuja	Lukumäärä	%-osuus
<b>Sukupuoli</b>		
Mies	26	26
Nainen	74	74
Yhteensä	100	100
<b>Ikä (v)</b>		
19-30	31	31
31-40	30	30
41-50	17	17
51-60	18	18
61-70	4	4
<b>Siviilisäätty</b>		
Naimaton, en ole ollut naimisissa	47	47
Avoliitossa, rekisteröidyssä parisuhteessa tai avoliitossa	39	39
Asumuserossa tai eronnut	13	13
Leski	1	1
<b>Asumismuoto</b>		
Yksin	40	40
Vanhempien kanssa	0	0
Omassa perheessä/parisuhteessa	46	46
Opiskelija- tai toveriasunto	9	9
pienkoti/kuntoutuskoti/ryhmäkoti	0	0
Muu	5	5
<b>Alle 18-vuotiaita lapsia</b>		
Ei lapsia	68	68
1 lapsi	15	15
2 lasta	10	10
3 lasta	7	7

Taulukko 2. Tutkimukseen osallistuneiden taustatiedot (n.%). (2/2)

Muuttuja	Lukumäärä	%-osuus
<b>Nykyhetken tilanne</b>		
Kokopäivätyössä tms.	18	18
Lyhennetyllä työviikolla	2	2
Osa-aikatyössä	5	5
Pakkolomalla	0	0
Työttömänä	26	26
Työttömyyseläkkeellä	0	0
Osa-aikaeläkkeellä	0	0
Varhaiseläkkeellä	0	0
Työkyvyttömyyseläkkeellä	5	5
Työeläkkeellä	0	0
Muusta syystä pois työelämästä	44	44

### 5.2 Masennuksen taso tutkimuksen alkutilanteessa sekä kahdeksantoista kuukauden kohdalla

Masennuksen taso tutkimuksen alkutilanteessa BDI-luokituksen mukaisesti osoitti että 11 %:lla masennuspisteet olivat normaalin (0-9 pistettä) tasolla, 33 %:lla oireet olivat lievän (10-18 pistettä) masennuksen tasolla, 36 %:n kohdalla oireilu oli keskivaikeaa (19-29 pistettä) ja 20 %:n vaikean tasolla (30-63 pistettä). Kahdeksantoista kuukauden aikapisteessä tutkittavia oli mukana 85 (n=85). Heidän kohdallaan BDI-luokitus osoitti masennuksen olevan 38 %:lla normaalin tasolla ja lievänä 21 %:lla tutkittavista. Keskivaikeaa masennusoireilua oli 15 %:lla ja vaikeaa 11 %:lla tutkittavista.

### 5.3 Koettu sosiaalinen tuki tutkimuksen alkutilanteessa

Koettu sosiaalinen tuki tutkimuksen alkutilanteessa on esitelty kysymyksittäin taulukossa 3. Hieman yli puolet tutkittavista oli kokenut olevansa melko yksinäisiä tutkimuksen alkupisteessä. Yksinäisyyttä oli kokenut yhteensä 64 % tutkittavista. Viimeisen kuukauden aikana yksinäisyys oli vaivannut 82 %:a tutkittavista tutkimuksen alkupisteessä.

Ymmärrystä ja tukea perheeltä oli saanut melko riittävästi 46 % tutkittavista. 34 % ei ollut saanut yleensä ymmärrystä ja tukea perheeltään riittävästi. Ymmärrystä ja tukea ongelmiin työtovereilta koki saavansa melko riittävästi 23 % tutkittavista. Sen sijaan ymmärrystä ja tukea työtovereilta ei saanut yleensä riittävästi 19 % tutkittavista ja 3 % tutkittavista koki, etteivät työtoverit tukeneet lainkaan. 45 %:lla tutkittavista ei ollut työtovereita. Ymmärrys ja tuki

ystäviltä oli melko riittävää 41 %:lla tutkittavista. Ymmärrystä ja tukea ei yleensä saanut riittävästi ystäviltä 28 % tutkittavista.

Taulukko 3. Koettu sosiaalinen tuki tutkimuksen alkutilanteessa (n, %).

	Lukumäärä	%-osuus
<b>Tuntuuko Teistä siltä, että juuri nyt olette</b>		
Hyvin yksinäinen	13	13
melko yksinäinen	51	51
Ette lainkaan yksinäinen	23	23
En osaa sanoa	13	13
<b>Saanko riittävästi ymmärrystä ja tukea perheeltä</b>		
Saan aivan riittävästi	14	14
Saan melko riittävästi	46	46
En saa yleensä riittävästi	34	34
Perheeni ei tue minua	2	2
Minulla ei ole perhettä	4	4
<b>Saanko mielestäni riittävästi ymmärrystä ja tukea ongelmiinne työtovereiltani</b>		
Saan aivan riittävästi	9	9
Saan melko riittävästi	23	23
En saa yleensä riittävästi	19	19
Työtoverini eivät tue minua	3	3
Minulla ei ole työtovereita	45	45
<b>Saatteko riittävästi ymmärrystä ja tukea ongelmiinne ystäviltänne?</b>		
Saan aivan riittävästi	22	22
Saan melko riittävästi	41	41
En saa yleensä riittävästi	28	28
Minulla ei ole ystäviä	5	5
<b>Missä määrin teitä on viimeisen kuukauden aikana vaivannut yksinäisyys</b>		
Ei lainkaan	18	18
Melko vähän	24	24
Jonkin verran	26	26
Melko paljon	22	22
Erittäin paljon	10	10

#### 5.4 Koettu sosiaalinen tuki tutkimuksen kahdeksantoista kuukauden kohdalla

Koettu sosiaalinen tuki kahdeksantoista kuukauden kohdalla on esitelty kysymyksittäin taulukossa 4. Yhteensä kahdeksantoista kuukauden aikajanapisteessä melko yksinäiseksi koki itsensä 26 % tutkittavista. Yksinäisyyttä ei ollut lainkaan kokenut 38 %. Riittävästi ymmärrystä ja tukea perheeltä oli saanut aivan ja melko riittävästi 56 %. Aivan tai melko riittävästi ymmärrystä ja tukea työtovereilta sai 40 % tutkittavista. Työtovereita ei ollut 28 %:lla

tutkittavista. Ymmärrystä ja tukea ystäviltä sai aivan tai melko riittävästi 61 %. Yksinäisyys oli kahdeksantoista kuukauden aikapisteessä vaivannut melko paljon 16 % ja jonkin verran 16 % tutkittavista. Yksinäisyys ei ollut lainkaan vaivannut 29 % tai melko vähän 20 % tutkittavista.

Taulukko 4. Koettu sosiaalinen tuki kahdeksantoista kuukauden kohdalla (n, %).

	Lukumäärä	%-osuus
<b>Tuntuuko Teistä siltä, että juuri nyt olette</b>		
Hyvin yksinäinen	9	9,0
Melko yksinäinen	26	26,0
Ette lainkaan yksinäinen	38	38,0
En osaa sanoa	12	12,0
<b>Saanko riittävästi ymmärrystä ja tukea perheeltä</b>		
Saan aivan riittävästi	27	27,0
Saan melko riittävästi	29	29,0
En saa yleensä riittävästi	23	23,0
Perheeni ei tue minua	4	4,0
Minulla ei ole perhettä	2	2,0
<b>Saanko mielestäni riittävästi ymmärrystä ja tukea ongelmiinne työtovereiltani</b>		
Saan aivan riittävästi	18	18,0
Saan melko riittävästi	22	22,0
En saa yleensä riittävästi	14	14,0
Työtoverini eivät tue minua	3	3,0
Minulla ei ole työtovereita	28	28,0
<b>Saatteko riittävästi ymmärrystä ja tukea ongelmiinne ystäviltänne?</b>		
Saan aivan riittävästi	25	25,0
Saan melko riittävästi	36	36,0
En saa yleensä riittävästi	19	19,0
Minulla ei ole ystäviä	2	2,0
<b>Missä määrin teitä on viimeisen kuukauden aikana vaivannut yksinäisyys</b>		
Ei lainkaan	29	29,0
Melko vähän	20	20,0
Jonkin verran	16	16,0
Melko paljon	16	16,0
Erittäin paljon	4	4,0



### 5.5 Masennuksen ja koetun sosiaalisen tuen sekä masennuksen ja yksinäisyyden yhteys alkutilanteessa

Sosiaalinen tuki perheeltä on esitetty taulukossa 5. Koetun perheeltä saadun sosiaalisen tuen jakautuminen vaihteli masennuksen eri vaikeusasteissa tilastollisesti merkitsevästi ( $p=0,034$ ). Suurin osa tutkittavista koki saavansa tukea perheeltään melko riittävästi. Kuitenkin ”ei riittävää tukea perheeltä” -kategoriassa oli toiseksi eniten vastauksia kaikissa masennusluokissa. Vaikeassa masennuksessa perheeltä ei saanut tukea 15 % vastaajista, kun taas lieviä tai keskivaikeita masennusoireita omaavista kukaan ei kokenut jäävänsä ilman perheen tukea. Alkutilanteessa perheeltä saadun koetun sosiaalisen tuen ja masennuspisteiden välillä oli tilastollisesti merkitsevä positiivinen korrelaatio ( $r=0,25$ ,  $p=0,012$ ).

Taulukko 5. Sosiaalinen tuki perheeltä (%). Masennuksen vaikeusaste ja koettu perheeltä saatu sosiaalinen tuki alkuvaiheessa ristiintaulukoituna ( $\chi^2=22,282$ ,  $df=12$ ,  $p=0,034$ ).

	Aivan riittävä %	Melko riittävä %	Ei riittävä %	Ei tukea %	Ei perhettä %
Lievä masennus	12,1	48,5	39,4	0	0
Keskivaikea masennus	16,7	50,0	30,5	0	2,8
Vaikea masennus	10,0	40,0	25,0	15,0	10,0

Sosiaalinen tuki työtovereilta on esitetty taulukossa 6. Koetun työtovereilta saadun sosiaalisen tuen vaihtelu masennuksen eri vaikeusasteissa oli tilastollisesti merkitsevää ( $p=0,035$ ). Lievässä masennuksessa noin kolmasosalla tutkittavista työkavereilta saatu koettu sosiaalinen tuki oli melko riittävää, keskivaikeassa masennuksessa taas neljäsosalla tutkittavista ei riittävää. Vaikeassa masennuksessa huomattavalla osalla, 65 %:lla ei ollut työtovereita. Työtovereilta saadun koetun sosiaalisen tuen ja masennuspisteiden välillä oli tilastollisesti merkitsevä positiivinen korrelaatio, ( $r=0,37$ ,  $p\leq 0,001$ ).

Taulukko 6. Sosiaalinen tuki työtovereilta (%). Masennuksen vaikeusaste ja koettu työtovereilta saatu sosiaalinen tuki alkuvaiheessa ristiintaulukoituna ( $\chi^2=22,194$ ,  $df=12$ ,  $p=0,035$ ).

	Aivan riittävä %	Melko riittävä %	Ei riittävä %	Ei tukea %	Ei työtovereita %
Lievä masennus	21,2	30,3	15,2	0	33,3
Keskivaikea masennus	5,6	22,2	25,0	2,8	44,4
Vaikea masennus	0	10,0	15,0	10,0	65,0

Sosiaalinen tuki ystäviltä on esitetty taulukossa 7. Koetun ystäviltä saadun sosiaalisen tuen vaihtelu masennuksen eri vaikeusasteissa ei ollut tilastollisesti merkitsevää ( $p=0,054$ ). Ystäviltä saatu koettu tuki oli lievässä masennuksessa lähes 80 %:lla aivan riittävää tai melko riittävää, keskivaikeassa ja vaikeassa masennuksessa se oli suurimmalla osalla melko riittävää tai ei riittävää. Ystäviltä saadun koetun sosiaalisen tuen ja masennuspisteiden välillä tilastollisesti merkitsevä positiivinen korrelaatio ( $r=0,30$ ,  $p=0,002$ ).

Taulukko 7. Sosiaalinen tuki ystäviltä (%). Masennuksen vaikeusaste ja koettu ystäviltä saatu sosiaalinen tuki alkuvaiheessa ristiintaulukoituna ( $\chi^2=20,732$ ,  $df=12$ ,  $p=0,054$ ).

	Aivan riittävä %	Melko riittävä %	Ei riittävä %	Ei tukea %	Ei ystäviä %
Lievä masennus	42,4	36,4	21,2	0	0
Keskivaikea masennus	13,9	44,4	27,8	2,8	11,1
Vaikea masennus	5,0	50,0	35,0	5,0	5,0

Tulokset kysymykseen ”Missä määrin teitä on vaivannut yksinäisyys?” on esitetty taulukossa 8. Yksinäisyyden kokeminen vaihteli masennuksen eri vaikeusasteissa tilastollisesti merkitsevästi ( $p=0,037$ ). Yksinäisyys oli vaivannut lievässä masennuksessa puolella

tutkittavista melko vähän tai ei lainkaan. ”Melko paljon”- vastauksia kysymykseen oli kuitenkin noin viidenneksellä tutkittavista, joilla oli lievää masennusoireilua. Keskivaikeassa masennuksessa yksinäisyys oli vaivannut lähes kolmannesta tutkittavista ja reilua neljänestä tutkittavista jonkin verran. Vaikeassa masennuksessa yksinäisyys oli vaivannut neljänneksellä tutkittavista jonkin verran ja neljänneksellä ”melko paljon” sekä ”erittäin paljon”. Alkutilanteessa korrelaatio kysymykseen ”missä määrin teitä on vaivannut yksinäisyys?” ja masennuspisteiden välillä oli tilastollisesti merkitsevä positiivinen korrelaatio ( $r=0,34$ ,  $p<0,001$ , sillä ajatellaan, ettei  $p$  voi koskaan olla  $p=0,000$ ).

Taulukko 8. Missä määrin teitä on vaivannut yksinäisyys (%). Masennuksen vaikeusaste ja yksinäisyyden kokeminen vaivaavana alkuvaiheessa ristiintaulukoituna ( $\chi^2=22,050$ ,  $df=12$ ,  $p=0,037$ ).

	Ei lainkaan %	Melko vähän %	Jonkin verran %	Melko paljon %	Erittäin paljon %
Lievä masennus	21,2	36,4	15,1	21,2	6,1
Keskivaikea masennus	11,1	22,2	27,8	30,6	8,3
Vaikea masennus	10,0	15,0	25,0	25,0	25,0

Yksinäisyyden kokeminen on esitetty taulukossa 9. Yksinäisyyden kokemus ei vaihdellut tilastollisesti merkitsevästi masennuksen eri vaikeusasteiden välillä ( $p=0,084$ ). Melko yksinäiseksi oli lievässä masennuksessa kokenut itsensä hieman yli puolet vastaajista ja ei lainkaan yksinäiseksi neljännes. Keskivaikeassa masennuksessa hieman alle puolet oli kokenut itsensä melko yksinäiseksi ja lähes viidesosa oli kokenut itsensä hyvin yksinäiseksi. Toisaalta lähes viidesosa keskivaikeista masennusoireista kärsivistä tutkittavista ei kokenut itseään lainkaan yksinäiseksi. Vaikeassa masennuksessa 60 % koki itsensä melko yksinäiseksi ja neljäsosa hyvin yksinäiseksi. Korrelaatio oli negatiivinen yksinäisyyden ja masennuksen välillä ( $r=-0,32$ ,  $p=0,001$ ).

Taulukko 9. Yksinäisyys (%). Masennuksen vaikeusaste ja yksinäisyyden kokemus alkuvaiheessa ristiintaulukoituna ( $\chi^2=15,249$ ,  $df=12$ ,  $p=0,084$ ).

	Ei lainkaan yksinäinen %	Melko yksinäinen %	Hyvin yksinäinen %	En osaa sanoa %
Lievä masennus	24,2	51,5	6,1	18,2
Keskivaikea masennus	19,4	41,7	19,4	19,4
Vaikea masennus	10,0	60,0	25,0	5,0

#### 5.6 Masennuksen ja koetun sosiaalisen tuen sekä masennuksen ja yksinäisyyden yhteys kahdeksantoista kuukauden kohdalla

Perheeltä saatu koettu tuki lievässä masennuksessa oli melko riittävää melkein puolella tutkittavista. Keskivaikeassa masennuksessa tukea perheeltä ei kokenut saavansa riittävästi hieman alle puolet tutkittavista ja melko riittävästi sitä koki saavansa hieman yli neljäsosa tutkittavista. Vaikeassa masennuksessa kokemus perheen tuesta ei ollut riittävää melkein puolella tutkittavista, eikä ollenkaan tukea perheeltä kokenut saavansa hieman yli neljäsosa tutkittavista. Perheeltä saadun sosiaalisen tuen ja masennuksen välillä kahdeksantoista kuukauden kohdalla oli myös tilastollisesti merkitsevä positiivinen korrelaatio ( $r=0,54$ ,  $p<0,001$ ).

Taulukko 10. Sosiaalinen tuki perheeltä (%). Masennuksen vaikeusaste ja koettu perheeltä saatu sosiaalinen tuki kahdeksantoista kuukauden kohdalla ristiintaulukoituna ( $\chi^2=44,473$ ,  $df=12$ ,  $p<0,001$ ).

	Aivan riittävä %	Melko riittävä %	Ei riittävä %	Ei tukea %	Ei perhettä %
Lievä masennus	4,8	47,6	38,1	4,8	4,7
Keskivaikea masennus	20,0	26,7	46,7	0	6,6
Vaikea masennus	9,1	18,2	45,4	27,3	0

Sosiaalinen tuki perheeltä kahdeksantoista kuukauden kohdalla on esitetty taulukossa 10. Koettu perheeltä saatu sosiaalinen tuki vaihteli tilastollisesti merkitsevästi masennuksen eri vaikeusasteissa ( $p < 0,001$ ).

Sosiaalinen tuki työtovereilta kahdeksantoista kuukauden kohdalla on esitetty taulukossa 11. Koettu työtovereilta saatu tuki vaihteli tilastollisesti merkitsevästi masennuksen eri vaikeusasteissa ( $p = 0,001$ ). Työtovereilta saatu sosiaalinen tuki lievässä masennuksessa oli lähes puolella tutkittavista aivan tai melko riittävää, kun taas keskivaikeassa masennuksessa se oli melko tai aivan riittävää viidenneksellä tutkittavista. Työtovereita ei ollut kahdella kolmasosalla. Vaikeassa masennuksessa lähes puolet tutkittavista ei saanut riittävästi tai ei saanut lainkaan sosiaalista tukea työtovereilta. Työtovereita ei ollut lähes puolella tutkittavista. Korrelaatio masennuksen ja työtovereilta saadun tuen välillä oli niin ikään positiivinen ( $r = 0,49$ ,  $p < 0,001$ ).

Taulukko 11. Sosiaalinen tuki työtovereilta (%). Masennuksen vaikeusaste ja koettu työtovereilta saatu sosiaalinen tuki kahdeksantoista kuukauden kohdalla ristiintaulukoituna ( $\chi^2 = 33,309$ ,  $df = 12$ ,  $p = 0,001$ ).

	Aivan riittävä %	Melko riittävä %	Ei riittävä %	Ei tukea %	Ei työtovereita %
Lievä masennus	9,5	38,1	23,8	0	28,6
Keskivaikea masennus	6,7	13,3	13,3	0	66,7
Vaikea masennus	0	9,1	27,3	18,2	45,4

Sosiaalinen tuki ystäviltä kahdeksantoista kuukauden kohdalla on esitetty taulukossa 12. Koetun ystäviltä saadun tuen vaihtelu masennuksen eri vaikeusasteissa oli tilastollisesti merkitsevää ( $p < 0,001$ ). Ystäviltä sosiaalista tukea koki saavansa lievässä ja keskivaikeassa masennuksessa suurin osa melko riittävästi. Vaikeassa masennuksessa yli puolet tutkittavista koki, etteivät he saaneet ystäviltä riittävää sosiaalista tukea. Ystäviä ei ollut tässä ryhmässä lähes viidenneksellä. Korrelaatio masennuksen ja ystäviltä saadun tuen välillä oli positiivinen. ( $r = 0,63$ ,  $p < 0,001$ ).

Taulukko 12. Sosiaalinen tuki ystäviltä (%). Masennuksen vaikeusaste ja koettu ystäviltä saatu sosiaalinen tuki kahdeksantoista kuukauden kohdalla ristiintaulukoituna ( $\chi^2=42,045$ ,  $df=12$ ,  $p<0,001$ ).

	Aivan riittävä %	Melko riittävä %	Ei riittävä %	Ei tukea %	Ei ystäviä %
Lievä masennus	14,3	61,9	19,0	4,8	0
Keskivaikea masennus	6,7	53,3	33,3	0	6,7
Vaikea masennus	0	18,2	54,5	9,1	18,2

Yksinäisyyden kokeminen vaivaavana vaihteli masennuksen eri vaikeusasteissa tilastollisesti merkitsevästi ( $p=0,008$ ). Kahdeksantoista kuukauden kohdalla yksinäisyys oli vaivannut lievässä masennuksessa yhteensä yli 70 %:a melko vähän tai jonkin verran. Keskivaikeassa masennuksessa yksinäisyys oli vaivannut melko paljon lähes puolta vastanneista sekä jonkin verran noin viidennestä vastaajista. Vaikeassa masennuksessa yksinäisyys ei ollut lainkaan vaivannut yli neljäsosaa tutkittavista. Erittäin paljon yksinäisyys oli vaivannut kuitenkin lähes viidesosaa tutkittavista tässä ryhmässä. Nämä tulokset esitetään taulukossa 13. Korrelaatio kysymykseen ”missä määrin teitä on vaivannut yksinäisyys?” ja masennuspisteiden välillä oli positiivinen ( $r=0,34$ ,  $p<0,001$ ).

Taulukko 13. Missä määrin teitä on vaivannut yksinäisyys (%). Masennuksen vaikeusaste ja yksinäisyyden kokeminen vaivaavana kahdeksantoista kuukauden kohdalla ristiintaulukoituna ( $\chi^2=27,035$ ,  $df=12$ ,  $p=0,008$ ).

	Ei lainkaan %	Melko vähän %	Jonkin verran %	Melko paljon %	Erittäin paljon %
Lievä masennus	19,0	42,9	28,6	9,5	0
Keskivaikea masennus	13,3	13,3	20,0	46,7	6,7
Vaikea masennus	27,3	18,2	18,1	18,2	18,2

Yksinäisyyden kokeminen kahdeksantoista kuukauden kohdalla on esitetty taulukossa 14. Yksinäisyyden kokemisen vaihtelu masennuksen eri vaikeusasteissa ei ollut tilastollisesti merkitsevää ( $p=0,149$ ). Melko yksinäiseksi lievän masennuksen ryhmässä itsensä oli kokenut saman verran tutkittavista kuin ei lainkaan yksinäiseksi. Keskivaikeassa ja vaikeassa masennuksessa suurin osa tutkittavista oli kokenut itsensä melko yksinäiseksi. Lisäksi keskivaikeassa masennuksessa hyvin yksinäiseksi tai ei lainkaan yksinäiseksi oli kokenut itsensä yli neljäsosa vastaajista. Vaikeassa masennuksessa ei lainkaan yksinäisiä oli yli neljäsosa ja hyvin yksinäisiä lähes viidesosa vastaajista. Kahdeksantoista kuukauden kohdalla korrelaatio oli negatiivinen yksinäisyyden ja masennuksen välillä, tämä ei kuitenkaan ollut tilastollisesti merkitsevää ( $r=-0,32$ ,  $p=0,077$ ).

Taulukko 14. Yksinäinen (%). Masennuksen vaikeusaste ja yksinäisyyden kokemus kahdeksantoista kuukauden kohdalla ristiintaulukoituna ( $\chi^2=13,300$ ,  $df=12$ ,  $p=0,149$ ).

	Ei lainkaan yksinäinen%	Melko yksinäinen %	Hyvin yksinäinen %	En osaa sanoa %
Lievä masennus	38,1	38,1	4,8	19,0
Keskivaikea masennus	26,7	40,0	26,7	6,6
Vaikea masennus	27,3	36,4	18,2	18,1

### 5.7 Yhteenveto tutkimustuloksista

Tutkimuksen alun aikapisteessä sosiaalisen tuen kokeminen eri masennustasoilla jakautui siten, että masennuksen vaikeutuessa kokemus sosiaalisesta tuesta väheni perheen, työtovereiden ja ystävien osalta. Kokemus siitä, ettei perhe, ystävät tai työtoverit tue lainkaan oli suurin vakavassa masennuksessa, lievässä masennuksessa näitä kokemuksia ei ollut. Työtovereita ei ollut osalla tutkittavista. Tätä prosenttiosuutta selittävät mm. sairauslomalla olleet tutkittavat ja opiskelijat, joilla ei ollut työtovereita. Masennustason vaikeutuessa kokemus siitä, missä määrin yksinäisyys oli vaivannut, sekä yksinäisyyden kokeminen lisääntyivät. Vaikeassa masennuksessa neljäsosa tutkittavista koki yksinäisyyden vaivaavan erittäin paljon, ja samassa ryhmässä yksinäisyyden kokemuksia oli melko tai hyvin paljon 85 %:lla.

Tarkasteltaessa muutosta kahdeksantoista kuukauden aikapisteessä sekä vaikean että keskivaikean masennuksen ryhmässä tuen saamisen kokeminen perheeltä oli vähentynyt. Myös työtovereilta ja ystäviltä saatu koettu tuki oli etenkin vaikeassa masennuksessa vähentynyt.

Keskivaikean masennuksen ryhmässä ei työtovereita osuus oli lisääntynyt ja vaikean masennuksen ryhmässä vähentynyt.

Kahdeksantoista kuukauden aikapisteessä kysymykseen ”missä määrin yksinäisyys on vaivannut?” vakavan masennuksen ryhmässä kokemus oli helpottunut. Yksinäisyys oli vaivannut keskivaikeasti masentuneita enemmän verrattuna alun aikapisteeseen. Yksinäisyyden kokemus oli keskimäärin helpottanut alun aikapisteeseen verrattuna, vaikkakin keskivaikeasti masentuneiden ryhmässä hyvin yksinäiseksi itsensä koki 26,7 % tutkittavista. Vaikeassa masennuksessa ”en osaa sanoa” vastausprosentti oli selvästi korkeampi alun vastausprosenttiin verrattuna.



## 6 POHDINTA JA JOHTOPÄÄTÖKSET

### 6.1 Tutkimustulosten tarkastelua ja johtopäätökset

Tämän tutkimuksen tarkoituksena oli kuvata masennuspotilaiden sosiaalisen tuen kokemista yhteydessä masennusoireisiin lähtötilanteessa ja kahdeksantoista kuukauden kohdalla sekä kuvata, muuttuuko masennuspotilaiden sosiaalisen tuen kokeminen seurannan aikana lähtötilanteesta kahdeksantoista kuukauden aikapisteeseen.

Masennuksen ja koetun sosiaalisen tuen yhteys tässä tutkimuksessa osoitti, kuinka perheeltä, työtovereilta ja ystäviltä saatu koettu tuki masennuksen eri tasoilla vaihteli. Masennuksen vaikeutuessa kokemus sosiaalisesta tuesta väheni sekä perheen, työtovereiden että ystävien osalta. Masennustason vaikeutuessa kokemus siitä, missä määrin yksinäisyys oli vaivannut sekä yksinäisyyden kokeminen lisääntyivät.

Tarkasteltaessa muutosta kahdeksantoista kuukauden aikapisteessä sekä vaikean että keskivaikean masennuksen ryhmässä sosiaalisen tuen saamisen kokeminen perheeltä oli vähentynyt. Myös työtovereilta ja ystäviltä saatu koettu tuki oli etenkin vaikeassa masennuksessa vähentynyt. Kahdeksantoista kuukauden aikapisteessä kysymykseen ”missä määrin yksinäisyys on vaivannut?” vakavan masennuksen ryhmässä kokemus oli helpottunut. Myös yksinäisyyden kokemus oli helpottanut alun aikapisteeseen verrattuna, vaikkakin keskivaikeasti masentuneiden ryhmässä hyvin yksinäiseksi koki itsensä 26,7% tutkittavista. Yksinäisyyttä kuitenkin koettiin huomattavan paljon molemmissa aikapisteissä.

Masennuksesta kärsivillä ihmisillä on todettu huonommat tulokset toipua oireiden, palautumisen ja sosiaalisen toimintakyvyn kannalta kuin niillä masentuneilla, jotka kokevat saavansa enemmän sosiaalista tukea. (Leskelä 2008, Mustonen ym. 2013, Wang 2018.) Etenkin miehillä tämä yhteys on ollut merkittävä. (Grav ym. 2011, Garipey ym.2016, Santini ym.2016, Almquist 2017.) Lisäksi etenkin nuorilla aikuisilla sosiaalisen tuen merkitys on ollut suuri. (Hiilamo & Tuulio-Henriksson 2012, Alsubaie ym.2019.) Masentuneen ihmisen arvioima koettu sosiaalinen tuki laskee sitä mukaa kun masennus pitkittyy. Pitkät masennusjaksot myös heikentävät sosiaalisia verkostoja. (Leskelä 2008, Mustonen ym. 2013.)

Masennuksesta toipuvilla vuorovaikutuksen ongelmat vaikeuttavat paranemista. Toisaalta ihmissuhteiden vähentäminen tai katkaiseminen on masentuneella yleistä. (Santini ym.2015). Kuusinen–Laukkala (2019) tutkimuksessa tuli esille, kuinka masennus eristi perheitä muusta yhteisöstä ja sukulaisista, jotka olisivat voineet olla tuen lähde. Masennus aiheutti jaksamattomuutta yhteyden pitoon kodin ulkopuolelle, eivätkä ulkopuoliset myöskään ottaneet yhteyttä masentuneeseen. Tämä lisäsi eristäytyneisyyttä ja syvensi masennusta. Tässä tutkimuksessa masennuksen ja koetun sosiaalisen tuen yhteys osoitti, kuinka perheeltä, työtovereilta ja ystäviltä saatu koettu tuki masennuksen eri tasoilla vaihteli. Kokemus siitä, ettei perhe, ystävät tai työtoverit tue lainkaan, oli suurin vakavassa masennuksessa, lievässä masennuksessa näitä kokemuksia ei ollut. Masennuksen vaikeutuessa kokemus sosiaalisesta tuesta väheni sekä perheen, työtovereiden että ystävien osalta. Masennuksen vaikeutuessa kokemus siitä, missä määrin yksinäisyys oli vaivannut, sekä yksinäisyyden kokeminen lisääntyivät. Tarkasteltaessa muutosta kahdeksantoista kuukauden aikapisteessä sekä vaikean- että keskivaikean masennuksen ryhmässä tuen saamisen kokeminen perheeltä oli vähentynyt. Myös työtovereilta ja ystäviltä saatu koettu tuki oli etenkin vaikeassa masennuksessa vähentynyt.

Sekä työstä poissaolo että ulkopuolisuuden tunne lähiverkostossa aiheuttivat masentuneille ulkopuolisuuden tunnetta etenkin sairauslomalla ollessa tai kun työsuhde oli loppunut kokonaan. (Aromaa 2012, Kuusinen –Laukkala 2019.) Sinokin tutkimuksessa (2011) nimenomaan miehille työtovereiden tuki oli tärkeää terveyden ja hyvinvoinnin kannalta. Huono työilmapiiri aiheutti masennusta ja ahdistusta ja lisäsi mielialalääkkeiden käyttöä. Alemmuudentunne, häpeä ja syyllisyys saivat masentuneet tuntemaan itsensä paitsi ulkopuoliseksi myös hyödyttömäksi yhteiskunnassa. (Romakkaniemi 2011.) Sosiaalisen tuen lisäämistä olisikin tärkeä tukea etenkin työttömillä ja syrjäytymisvaarassa olevilla. (Rissanen 2015.) Tässä tutkimuksessa työelämästä oli poissa suuri osa tutkittavaista. Tätä prosenttiosuutta selittävät mm. sairauslomalla olleet tutkittavat sekä opiskelijat, joilla ei ollut työtovereita.

Vähäinen tuki yksityiselämässä johtaa masennukseen ja erilaisiin unioongelmiin ja he, joilla tuki puuttui, olivatkin pahimmassa riskiryhmässä sairastua masennukseen. (Sinokki 2011.) Sosiaalinen tilanne voi aiheuttaa masennusoireilua mutta antaa myös kuntoutumisen resursseja. Perheen merkitys voi olla sekä vahvistava että heikentävä. Masentunut herkästi vetäytyy ihmissuhteistaan, jolloin kokemus taakkana olosta vaikuttaa perheen vastavuoroisuuteen. (Aromaa 2012.) Monipuolisesta ystävyysverkostosta oli hyötyä etenkin nuorten aikuisten ikäryhmässä. (Werner - Seidler ym.2017.)

Masentuneen hoidossa ja masennuksen uusiutumisen ehkäisyssä huomiota tulisi kiinnittää masentuneen ihmissuhdeongelmiin, sosiaaliseen syrjäytymiseen ja yksinäisyyden tunteisiin. Sosiaalisten suhteiden laadun parantaminen, sosiaalisten verkostojen rakenteiden vahvistaminen ja yksinäisyyden tunteiden vähentäminen auttavat masentunutta. (Teo ym. 2013, Santini ym.2016, Morgan ym.2017, Nagy ym.2017.) Tärkeää on myös keskustella, kuinka perheenjäsenet voivat tukea masentunutta. (Bryant ym. 2017, van den Brink ym.2018.) Tässä tutkimuksessa masennustason vaikeutuessa kokemus siitä, missä määrin yksinäisyys oli vaivannut, sekä yksinäisyyden kokeminen lisääntyivät. Yksinäisyyttä koettiin huomattavasti molemmissa aikapisteissä.

Sosiaalisten verkostojen parantamiseen tähtäävistä interventioista on ollut hyötyä masentuneiden tukemisessa, hoidon saamisessa ja masennuksesta paranemisessa. (Morgan ym.2017.) Kuusinen-Laukkalan (2019) tutkimuksessa masentuneiden puolisoita ei juuri otettu mukaan masennuksen hoidossa perusterveydenhuollossa eikä myöskään lapsia juuri huomioitu. Yksilökeskeiseen hoitoon ei liitetty perheen psykoedukaatiota. Näin havaittiin myös Mattilan tutkimuksessa (2011) sairaalassa masennuksen vuoksi olevilla. Kuusiniemi-Laukkalan tutkimuksessa selvisi myös, että masentuneita olisi auttanut mm. perheen mukaanotto kuntoutukseen ja tarvittavien elämänmuutosten tekoon, asiallisen tiedon tarjoaminen puolisolle ja lapsille.

Sosiaalisen verkoston monipuolisuus pystyisi tarjoamaan tukea masentuneen perheelle. Vuorovaikutustaitojen harjoittelu olisi auttanut ihmissuhteiden ylläpidossa. Toimiva parisuhde nähtiin voimavaraksi ja sen hoitamisen panostaminen koettiin kannattavaksi. Lasten kasvatukseen olisi myös haluttu enemmän tukea. Erotilanteissa olisi kaivattu enemmän tukea ja perheet olisivat kaivanneet ajoissa tukea yleensä parisuhteen ristiriitoihin, joita masennus monesti pahensi. Myös puolison voimavarat olivat koetuksella ja hän olisi kaivannut tukea jaksamiseensa. (Kuusinen-Laukkala 2019.)

Tutkimuksen tavoitteena oli saada tietoa, jonka avulla voidaan kehittää masennuksen hoitoa ja psykiatrasta koulutusta sosiaali -ja terveydenhuollon henkilökunnalle. Aiemmat tutkimukset osoittivat sosiaalisen tuen tärkeyden masennuksen ennaltaehkäisyssä, hoidossa ja toipumisessa.

## 6.2 Tutkimuksen eettisyys, luotettavuus ja tietosuojaja

Tutkimus toteutettiin tutkimuseettisesti hyvien tieteellisten käytänteiden mukaisesti, kiinnittäen huomiota rehellisyyteen, huolellisuuteen, avoimuuteen ja vastuullisuuteen (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012, Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013). Pohjois-Savon sairaanhoitopiirin eettisen toimikunnan puoltava lausunto myönnettiin DepFuD-hankkeelle 3.3.2015 ja aineiston keruu alkoi vuoden 2015 lokakuussa. Tutkimukseen osallistujilta pyydettiin DepFuD-tutkimukseen tullessa suostumus suostumuslomakkeilla osallistua tutkimukseen ja mahdollisiin jatkotutkimuksiin (Liite 9) ja osallistuminen tutkimukseen perustui vapaaehtoisuuteen. DepFuD-tutkimuksen tiedote potilaalle on liitteessä 10.

Kvantitatiivisen tutkimuksen luotettavuutta tarkastellaan validiteetin ja reliabiliteetin kautta. Validiteetin avulla voidaan tarkastella mittarin kykyä mitata mittaamisen kohdetta oikein. Reliabiliteetti kuvaa tulosten pysyvyyttä. (Nummenmaa 2009, KvantiMot 2007.) Tässä tutkimuksessa masennuksen tasoa mitattiin BDI-kyselyllä sekä koetun sosiaalisen tuen kokemista mittaavilla kysymyksillä tutkimuslomakkeistoista alkutilanteen ja kahdeksantoista kuukauden aikajanan kohdalla. Käytetyt tutkimuskysymykset on poimittu kansainvälisesti ja monissa tutkimuksissa käytetyistä DepFuD-tutkimukseen kerätyistä lomakkeista. Tutkimuksen kyselylomakkeen sisällön validiteettia vahvistaa kyselylomakkeen muuttujien teoriapohjaisuus. Tutkittavien tiedot tallennettiin huolellisesti. Tulosten avoin raportointi ja tulkinta lisää tutkimuksen luotettavuutta. (Metsämuuronen 2009.)

Tutkimuksen ulkoista validiteettia voidaan arvioida otoksen onnistumisella ja mahdollisella kadolla (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, KvantiMot 2007). Tässä tutkimuksessa tutkimuksen aloitti 100 tutkittavaa, kahdeksantoista kuukauden kohdalla heitä oli 85 henkilöä. Luotettava ja eettisesti hyväksyttävä tutkimus huomioi tietosuojaan. Henkilötietojen käsittely perustuu voimassa olevaan lainsäädäntöön ja etenkin tässä tutkimuksessa huomioiden tutkittavien haavoittuvuus. (GDPR 2019.)

Yksittäisille tutkimushenkilöille annettiin tunnuskoodi ja tieto säilytettiin koodattuna tutkimustiedostossa. Tulokset analysoitiin ryhmätasolla koodattuina, jolloin yksittäinen henkilö ei ole tunnistettavissa ilman koodiavainta. Koodiavainta, jonka avulla yksittäisen tutkittavan tiedot ja tulokset voidaan tunnistaa, säilyttää tutkimuksesta vastaava henkilö eikä tietoja anneta tutkimuksen ulkopuolisille henkilöille. Lopulliset tutkimustulokset raportoitiin ryhmätasolla eikä yksittäisten tutkittavien tunnistaminen ole mahdollista. Tutkimustiedostoa ja tutkimuksen

yhteydessä kerättyjä näytteitä säilytetään KYS:n psykiatrian klinikan tutkimusarkistossa korkeintaan 20 vuotta tutkimuksen päättymisen jälkeen, jonka jälkeen ne hävitetään asianmukaisesti. Aineisto arkistoidaan tutkimuksen päättyttyä ilman tunnistetietoja salasanalla suojatulle muistitikulle lukolliseen paikkaan. (GDPR 2019.)

### 6.3 Jatkotutkimusaiheet

Jatkossa olisi tärkeää selvittää, millaisia ja kuinka paljon sosiaalisten verkostojen parantamiseen tähtääviä interventioita on käytössä masennuspotilaiden hoidossa. Tarvitaan myös lisää tutkimustietoa tehokkaiksi soveltuvista interventioista.

## LÄHTEET

- Aalto A-M, Elovainio M, Kivimäki M, Uutela A & Pirkola S. 2012. The Beck Depression Inventory and General Health Questionnaire as measures of depression in the general population: A validation study with the Composite International Diagnostic Interview as the gold standard. *Psychiatry Res* 15,197(1-2),163-71. Luettu 12.1.2020.
- Almquist YB, Landstedt E & Hammarström A. 2017. Associations between social support and depressive symptoms: social causation or social selection –or both? *European Journal of Public Health* 27(1),84-49. <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckw120>. Luettu 12.1.2020.
- Alsubaie MM, Stain HJ, Webster LAD & Wadman R. 2019. The role of sources of social support on depression and quality of life for university students. *International Journal of Adolescence and Youth* 24(4), 484-496. <https://doi.org/10.1080/02673843.2019.1568887>. Luettu 12.1.2010.
- Aromaa E. 2012. Suomalaisen väestön asenteet mielenterveyden häiriöistä kärsiviä kohtaan. Jyväskylän yliopisto. Yhteiskuntatieteellinen tiedekunta. Väitöskirja. <https://jyx.jyu.fi/dspace/handle/123456789/37001>. Luettu 1.1.2020.
- Barry RA, Barden EP & Dubac C. 2019. Pulling Away: Links Among Disengaged Couple Communication, Relationship Distress, and Depressive Symptoms. *Journal of Family Psychology* 33(3), 280–293. <https://doi.org/10.1037/fam0000507>. Luettu 15.1.2010.
- Bryant V, Wickrama KAS & Walker O'Neal C. 2017. Family Hostility and Depressive Symptoms in Middle-Aged Couples: Moderating Effect of Marital Integration. *Journal of Family Psychology* 31(6), 765-774. [doi.org/10.1037/fam0000306](https://doi.org/10.1037/fam0000306). Luettu 12.1.2010.
- Cobb S. 1976. Social support as a moderator of life stress. *Psychosom Med* 38,300-314.
- Cohen S & Syme L S. 1985. Social support and health. Academic Press, USA .
- Depressio Käypä Hoito 2020. Duodecim. <https://www.kaypahoito.fi/hoi50023#readmore>. Luettu 20.3.2020.
- Gariépy G, Honkaniemi H & Quesnel -Vallee A. 2016. Social support and protection from depression: systematic review of current findings in Western countries. *The British Journal of Psychiatry* 209, 284-293. doi:10.1192/bjp.bp.115.169094. Luettu 12.1.2010.
- GDPR. 2019. Yleinen tietosuojasäätös. [https://europa.eu/youreurope/business/dealing-with-customers/data-protection/data-protection-gdpr/index\\_fi.htm](https://europa.eu/youreurope/business/dealing-with-customers/data-protection/data-protection-gdpr/index_fi.htm). Luettu 12.12.2019.
- Goldsmith DJ & Albrecht TL. 2011. Social Support, Social networks and Health. Teoksessa Thompson TL, Parrot R & Nussbaum JF. *The Routledge Handbook of Health Communication*. Second Edition. Routledge. New York, 335–348.
- Gothoni R. 1990. Vanhusten sosiaaliset verkostot ja sosiaalinen tuki. Tutkimus kalliolaisten ja kiteeläisten vanhusten elämäntilanteesta. Helsinki. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja.
- Grav S, Hellzen O, Romild U & Stordal E. 2011. Association between social support and depression in the general population: the HUNT study, a cross-sectional survey. *Journal of Clinical Nursing* 21(1-2). doi.org/10.1111/j.1365-2702.2011.03868.x. Luettu 4.1.2010.

- Heikkilä T. 2004. Tilastollinen tutkimus. 5.uudistettu painos. Edita Prima Oy, Helsinki.
- Heiskanen T. 2011. 150 puhelinumeroa, mutta ei ketään, kenelle soittaa. Teoksessa Heiskanen T & Saaristo L. (toim.) Kaiken keskellä yksin. Yksinäisyyden syyt, seuraukset ja hallintakeinot. PS – kustannus, Jyväskylä.
- Hiilamo H& Tuulio- Henriksson A. 2012. Therapy, drugs and human relationships. The role of social support in recovering from depression. Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti – Journal of Social Medicine 49, 209-219.
- Hoitotieteen tutkimussäätiö. 2013. Kriittinen arviointi. <http://hotus.fi/jbi-fi/kriittinen-arviointi>.  
[Luettu 1.1.2020.](#)
- Hokkanen L & Astikainen A. 2001. Voimia omaishoitajan työhön. Sotiemme veteraanien omaishoitajille suunnatun projektin arviointia ja johtopäätöksiä. Helsinki. Sosiaali - ja terveysturvan keskusliitto.
- House J S. 1981. Work stress and social support. Addison - Wesley Series on occupational stress. Reading, Mass, Addison- Wesley.
- House J S, Umberson D & Landis K R. 1988. Structures and processes of social support. Ann Rev Sociol 14, 293- 218.
- Huttunen M. 2018. Masennustilat eli depressiot. Lääkärikirja Duodecim.
- Isometsä E. 2016. Depressio. Käypähoito –suositus. <https://www.kaypahoito.fi/hoi50023>.  
[Luettu 1.11.2019.](#)
- Isometsä E. 2011. Masennustilan oireet, hoidon periaatteet ja sairauden kulku. Teoksessa Heiskanen T, Huttunen Matti O & Tuulari J. Masennus. Helsinki.
- Kankkunen P & Vehviläinen-Julkunen K. 2013. Tutkimus hoitotieteessä. 3. painos. Sanoma Pro Oy, Helsinki.
- Kaplan R & Toshima M. 1990. The functional effects of social relationships on chronic illnesses and disability. Teoksessa Sarason B, Sarason I & Pierce G.(toim.) Social support. Theory, research and applicational view. John Wiley & Sons. New York. USA.
- Khan R L & Antonucci T C. 1980 .Convoys over the life Course: Attachment, Roles and Social Support. Teoksessa Baltes P.B & .Brim O G jr. (toim.) Life-Pan Development and Behaviour 3. New York: Academic Press.
- Kumpusalo E. 1991. Sosiaalinen tuki, huolenpito ja terveys. Sosiaali -ja terveyshallitus raportteja 1991:8. VAPK - kustannus. Helsinki.
- Kuusinen-Laukkala A. 2019. Masentuneen elämänhallinnan tukeminen perusterveydenhuollossa. Helsingin yliopisto. Lääketieteellinen tiedekunta. Väitöskirja.
- KvantiMotv. 2007. Mittaaminen: Mittarin luotettavuus. <https://www.fsd.uta.fi/menetelmaopetus/mittaaminen/luotettavuus.html>.  
[Luettu 25.9.2019.](#)
- Leskelä U. 2008. Life events and social support among patients with major depressive disorder. University of Helsinki. National Public Health Institute. Väitöskirja. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-951-740-867-7>.  
[Luettu 2.1.2020.](#)



Lin N. 1986. Conceptualizing Social Support. Teoksessa Lin N, Dean A & Ensel W (toim.): Social Support. Life Events, and Depression. Academic Press, Inc. Orlando, Florida, 17–30.

Lin N. 1999. Social Networks and Status Attainment. Annual Review of Sociology 25, 467-487. URL: <http://www.jstor.org/stable/223513>. Luettu 28.2.2020.

Lin N, Ensel WM & Vaughn JC. 1981. Social resources and strength of ties: Structural factors in occupational status attainment. American sociological review 1148, 393-405.

Mattila E. 2011. Aikuispotilaan ja perheenjäsenten emotionaalinen ja tiedollinen tuki sairaalahoidon aikana. Tampereen yliopisto. Terveystieteiden yksikkö. Väitöskirja. <https://tampub.uta.fi/bitstream/handle/10024/66790/978-951-44-8541-1.pdf?sequence=1>. Luettu 20.1.2020.

Metsämuuronen J. 2009. Tutkimuksen tekemisen perusteet ihmistieteissä. International Met-help OY, Helsinki.

Morgan AJ, Reavley NJ, Jorm AF & Beatson R. 2017. Discrimination and support from friends and family members experienced by people with mental health problems: findings from an Australian national survey. Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology 52, 1395-1403. <http://dx.doi.org/10.1007/s00127-017-1391-z>. Luettu 4.1.2020.

Mustonen U, Huurre T, Kiviruusu O, Berg N, Aro H & Marttunen M. 2013. Elämäntyytyväisyys, mielenterveys ja hyvinvointi. Seurantatutkimus 16-vuotiaista tamperelaisnuorista 22-, 32- ja 42-vuotiaana (TAM -projekti). Terveyden ja hyvinvoinninlaitos (THL). Raportti 17/2013. Helsinki 2013. ISBN 978-952-245-961-9 (painettu); ISBN 978-952-245-962-6 (verkkopainatus). Luettu 20.1.2020.

Nagy E & Moore S. 2017. Social interventions: An effective approach to reduce adult depression? Journal of Affective Disorders, 131-152. DOI:10.1016/j.jad.2017.04.043. Luettu 6.1.2020.

Nummenmaa L. 2009. Käyttäytymistieteiden tilastolliset menetelmät. Tammi.

PSSHP. 2020. Lomake 85409-4m 02.19. BDI-lomakkeen tulkinta.

[https://intra.psshp.fi/Ty%3%b6tilat/sairaala/mielenterveysjakyhyvinvointi/PublishingImages/Sivut/Kliiniset-vaikuttavuusmittarit/BDI\\_21\\_masennuskysely\\_PSYKIATRIA.pdf](https://intra.psshp.fi/Ty%3%b6tilat/sairaala/mielenterveysjakyhyvinvointi/PublishingImages/Sivut/Kliiniset-vaikuttavuusmittarit/BDI_21_masennuskysely_PSYKIATRIA.pdf). Luettu 1.3.2020.

Nummenmaa, Lauri Rissanen T. 2015. Studies on factors related to life satisfaction. Tutkimuksia elämäntyytyväisyydestä ja siihen liittyvistä tekijöistä. Itä-Suomen yliopisto. Terveystieteiden tiedekunta. Väitöskirja. [http://epublications.uef.fi/pub/urn\\_isbn\\_978-952-61-2004-1/urn\\_isbn\\_978-952-61-2004-1.pdf](http://epublications.uef.fi/pub/urn_isbn_978-952-61-2004-1/urn_isbn_978-952-61-2004-1.pdf). Luettu 30.1.2020.

Romakkaniemi M. 2011. Masennus. Tutkimus kuntoutumisen kertomusten rakentumisesta. Lapin yliopisto. Yhteiskuntatieteiden tiedekunta. Väitöskirja. [https://lauda.ulapland.fi/bitstream/handle/.../Romakkaniemi\\_Marjo\\_DORIA.pdf?...1](https://lauda.ulapland.fi/bitstream/handle/.../Romakkaniemi_Marjo_DORIA.pdf?...1). Luettu 12.1.2020.

Saari J. 2010. Yksinäisten yhteiskunta. WSOYpro Oy, Helsinki.

- Santini ZI, Flori KL, Feeney J, Tyrovolas S, Haro JM & Koyanagi A. 2016. Social relationships, loneliness, and mental health among older men and women in Ireland: A prospective community-based study. *Journal of Affective Disorders* 204,59-69. doi.org/10.1016/j.ad.2016.06.032. Luettu 18.1.2020.
- Santini ZI, Koyanagi A, Tyrovolas S, Mason C & Haro J.M. 2015. The association between social relationships and depression: A systematic review. *Journal of Affective Disorders*. 175,53-65. doi.org/10.1016/j.jad.2014.12.049. Luettu 18.1.2020.
- Sarason B, Pierce G & Sarason I. 1990. Social support. The sense of acceptance and role of relationships. Teoksessa Sarason B, Sarason I & Pierce G. *Social support. An interactional view*. John Wiley & Sons, USA.
- Sinokki M. 2011. Social factors at work and the health of employees. *Studies in Social Security and Health* 115. Tampere: Kela. <https://helda.helsinki.fi/bitstream/handle/10138/25995/Tutkimuksia115.pdf?sequence=2>. Luettu 25.1.2020.
- STM. 2015. Syrjäytymisen ja köyhyyden ehkäiseminen. <http://stm.fi/syrjaytymisen-ja-koyhyden-ehkaisy>. Luettu 3.9. 2019.
- Teo AR, Choi HJ & Valenstein M. 2013. Social Relationships and Depression: Ten-Year Follow-Up from Nationally Representative Study. *Plos One*. doi.org/10.1371/journal.pone.0062396. Luettu 18.1.2020.
- Thoits PA. 1982. Conceptual, methodological and theoretical problems in studying social support as a buffer against life stress. *Journal of health and social behavior*. 23(2), 145-159.
- Tutkimuseettinen neuvottelukunta. 2012. Hyvä Tieteellinen käytäntö. <https://www.tenk.fi/fi/hyva-tieteellinen-kaytanta>. Luettu 25.2.2020.
- van den Brink RHS, Schutter N, Hanssen DJC & Elzinga BM. 2018. Prognostic significance of social network, social support and loneliness of course of major depressive disorder in adulthood and old age. *Epidemiology and Psychiatric Sciences* 27( 3 ), 266-277. <https://www.cambridge.org/core/journals/epidemiology-and-psychiatric-sciences/article/prognostic>. Luettu 21.1.2020.
- Viinamäki H, Tanskanen A, Honkalampi K, Koivumaa-Honkanen H, Haatainen K, Kaustio O, & Hintikka J. 2004. "Is the Beck Depression Inventory suitable for screening major depression in different phases of the disease?" *Nordic Journal of Psychiatry* 58 (1), 49-53.
- Viljamaa M-L. 2003. Neuvola tänään ja huomenna. Vanhemmuuden tukeminen, perhekeskeisyys ja vertaistuki. University of Jyväskylä. Department of Psychology. Väitöskirja. <https://jyx.jyu.fi/dspace/bitstream/handle/123456789/13356/9513914275.pdf?sequenc>. Luettu 14.10.2019.
- Walden A. 2006. "Muurinsärkijät": tutkimus neurologisesti sairaan tai vammaisen lapsen perheen selviytymisen tukemisesta. Kuopion yliopisto. Sosiaalityön ja sosiaalipedagogiikan laitos. Väitöskirja. [http://epublications.uef.fi/pub/urn\\_isbn\\_951-27-0507-9/urn\\_isbn\\_951-27-0507-9.pdf](http://epublications.uef.fi/pub/urn_isbn_951-27-0507-9/urn_isbn_951-27-0507-9.pdf). Luettu 1.9.2019.
- Wang J, Mann F, Lloyd-Evans B, Ma R & Johanson S. 2018. Associations between loneliness and perceived social support and outcomes of mental health problems: a systematic review. *BMC Psychiatry* 18(156). DOI:10.1186/s12888-018-1736-5. Luettu 14.1.2020.

Werner- Seidler A, Afzali MH, Chapman C, Sunderland M & Slade T. 2017. The relationship between social support networks and depression in the 2007 National Survey of Mental Health and Well-being. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 52,1463-1473.DOI10.1007/s00127-017-1440-7.Luettu 14.1.

## LIITTEET

### Liite 1. ICD -10.

Liite 1.ICD-10:n mukaiset masennustilan (F32) oirekriteerit, joita sovelletaan oirekuvan osalta myös toistuvassa masennuksessa (F33).

Oirekriteerit	Oirekuva
A. Masennusjakso on kestänyt vähintään 2 viikon ajan.	
B. Todetaan vähintään 2 seuraavista oireista.	<ol style="list-style-type: none"><li>1. Masentunut mieliala suurimman osan aikaa</li><li>2. Kiinnostuksen tai mielihyvän menettäminen asioihin, jotka ovat tavallisesti kiinnostaneet tai tuottaneet mielihyvää</li><li>3. Vähentyneet voimavarat tai poikkeuksellinen väsymys</li></ol>
C. Todetaan jokin tai jotkin seuraavista oireista niin, että oireita on yhteensä (B ja C yhteen laskettuina) vähintään 4.	<ol style="list-style-type: none"><li>4. Itseluottamuksen tai omanarvontunnon väheneminen</li><li>5. Perusteettomat tai kohtuuttomat itsesyytökset</li><li>6. Toistuvat kuolemaan tai itsemurhaan liittyvät ajatukset tai itsetuhoinen käyttäytyminen</li><li>7. Subjektiivinen tai havaittu keskittymisvaikeus, joka voi ilmetä myös päättämättömyytenä tai jähkailuna</li><li>8. Psykomotorinen muutos (kiihtymys tai hidastuneisuus), joka voi olla subjektiivinen tai havaittu</li><li>9. Unihäiriöt</li><li>10. Ruokahalun lisääntyminen tai väheneminen, johon liittyy painon muutos</li></ol>

Lähde: Depressio Käypä Hoito 2020.

Liite 2. Kirjallisuuskatsaukseen otetut tutkimukset (1/7).

Liitetaulukko 1. Kirjallisuuskatsaukseen otetut tutkimukset.

Tekijä(t), lähde ja maa	Tutkimuksen tarkoitus	Aineisto/otos	Menetelmä	Päätulokset
Almquist, Landstedt & Hammarström, 2017, Ruotsi	Tarkoitus tutkia sosiaalisen tuen ja masennusoireiden välistä yhteyttä. .	Tietyn ruotsalaisen kaupungin asukkaat ikävuosina 16 v, 30 v ja 42 v (n=1001).	Kvantitatiivinen kohortti tutkimus.	Rakenteellinen ja toiminnallinen sosiaalinen tuki oli yhteydessä masennusoireisiin 30 v ja 42 v sekä miehillä että naisilla. Miehet hyötyivät enemmän toiminnallisesta tuesta. Sosiaalisten suhteiden heikko laatu 30 v voi ennustaa masennusoireiden lisääntymistä 42 v.
Alsubaie, Stain, Webster & Wadman, 2019, Englanti	Tutkia sosiaalisen tuen vaikutusta masennukseen ja yliopisto-opiskelijoiden elämänlaatuun.	Yliopisto-opiskelijat yli 18 v (n=461).	Kvantitatiivinen tutkimus. E-kysely.	Perheen ja ystävien sosiaalisella tuella on merkittävä rooli masennusoireiden vähentämisessä ja elämänlaadun parantamisessa.
Aromaa, 2012, Suomi	Selvittää mielen terveyden häiriöihin liittyvää leimaamista ja sen vaikutusta palvelujen käyttöön.	15-80 –vuotiaat, (n=5000).	Kvantitatiivinen tutkimus Postikysely v. 2005 ja v. 2008 osana Pohjalaiset masennustalkoot ja Pohjanmaa -hankkeita.	Mielen terveys-ongelmista ei puhuta sillä se aiheuttaa syrjivää kohtelua ja masentuneiden sosiaalista välttelyä.
Barry, Barden & Dubac, 2019, USA	Tutkittiin depressiivisten oireiden, parisuhteiden ja kommunikaatio-vaikkeuksien yhteyttä toisiinsa.	1.ryhmä parisuhteessa olevat, joilla masennusoireita (n=117) sekä 2.ryhmä pariskunnat, joilla ei masennusta.	Kvantitatiivinen sekä havainnointitutkimus. E-kysely sekä havainnointitutkimus.	Masennusoireet liittyivät parisuhteen katkeamiseen ja kommunikaatio-vaikkeuksiin kaksisuuntaisesti.

(n=493).

Bryant, Wickrama, & Walker, 2017, USA	Tutkittiin perheen vihamielisyyden ja keski-ikäisten vanhempien masennusoireiden yhteyttä.	Perheet Iowan 8 maanosasta v. 1989, 1990, 1991, 1992, 1994 jatkuen vuoteen 2001. (n=451 perhettä).	Kvantitatiivinen tutkimus. Iowan keski-ikäisen muutosprojekti tutkimus 11 –vuoden ajan, haastattelututkimus.	Perheen vihamielisillä ja huonoilla suhteilla on voimakkaita vaikutuksia masennusoireisiin perheessä.
Gariepy, Honkaniemi & Quesnel -Vallee, 2016, USA, Eurooppa, Kanada, Australia	Etsittiin tutkimuksia sosiaalisen tuen suojaavaa vaikutusta/ehkäisevää vaikutusta yhteydessä masennukseen.	Tutkimukset USA (55) ja Eurooppa (33), Kanada (11), Australia (1). (n=100).	Systemaattinen katsaus länsimaiden tutkimuksista.	Sosiaalinen tuki on merkittävä suojaava / ehkäisevä tekijä masennuksessa ja sen merkitys vaihtelee iän myötä.
Grav, Hellzen, Romild & Stordal, 2011, Norja	Tutkia, onko itsearvioitu koettu sosiaalinen tuki ja masennus yhteydessä toisiinsa masentuneiden ja ei-masentuneiden välillä.	Norjalaisia 20-89 v. joilla ahdistus- ja masennusoireita. (n=40659).	Kvantitatiivinen tutkimus. HUNT-tutkimus 19 kunnassa Norjassa, kolme ajanjaksoa (v. 84-86, 95-97, 2006-2008). Kyselylomakkeet, haastattelut.	Masennuksen esiintyvyys oli korkeampi niillä, joilla on masennusoireita ja joilta puuttuu sekä tunne- että konkreettista tukea. Naiset kokevat emotionaalisen tuen ja miehet konkreettisen tuen merkittävämpänä.
Hiilamo & Tuulio-Hendriksson, 2012, Suomi	Tutkimuksessa tarkastellaan sosiaalisen tuen merkitystä masennuksesta toipumisessa suhteessa terapiaan ja lääkitykseen.	Masentuneet aikuiset (n= 678).	Kvantitatiivinen tutkimus. Internetselvitys.	Koetulla sosiaalisella tuella on tärkeä merkitys nuorilla aikuisilla toipumisessa ja sen koettiin lääkehoitoa ja terapiaa tärkeämpänä.
Kuusinen-Laukkala, 2019, Suomi	Selvitellä masennuksen taustatekijöitä ja selviytymisvoimavaroja ja masentuneilla ja heidän puolisoillaan sekä stressaavia elämäkokemuksia kohdanneita ja hyvät selviytymisvoimavarat omaavia työkäisiä.	Jyväskyläläiset satunnaisotanta 30-64v. (n=79).	Monitutkimusmenetelmä, kyselylomakkeet ja haastattelut, puhelinhaastattelut, 2 seurantakyselyä.	Yksilölliset pitkäkestoiset elämän stressitekijät ovat mahdollisina osasyinä masennuksen puhkeamiseen. Niistä työhön liittyvät ongelmat olivat suuressa roolissa. Perhe näyttäytyi enemmänkin suojaavana kuin haavoittavana.

				tekijänä. Stressaavien elämäntapahtumien seuraukset riippuivat siitä, millaiset selviytymisvoimavarat ja tukiverkostot kullakin olivat, miten kukin oli pystynyt niitä rakentamaan ja ylläpitämään.
Leskelä, 2008, Suomi	Selvittää psykososiaalisia eroja masentuneilla ja elämäntapahtumien merkitystä sekä tutkia ennustaako elämäntapahtumat ja vähäisempi sosiaalinen tukiheikompaa toipumista.	Masennuksen vuoksi hoidossa olevat aikuiset (n=269).	Kvantitatiivinen ja kvalitatiivinen tutkimus sekä puolistrukturoitu haastattelu.	Vakavan masennuksen jakso vähensi potilaan saamaa sosiaalista tukea. Toipumisen edetessä potilas koki saavansa enemmän tukea. Vähäinen sosiaalinen tuki heikensi toipumista.

Mattila, 2011, Suomi	Tarkastella potilaiden ja perheenjäsenten tuen kokemuksia sairaalahoidon aikana.	Aikuispotilaat, perheenjäsenet ja hoitajat psykiatrisessa sairaalassa. n=31 kirjallisuushaku n=2 perheenjäsenten 1 ryhmähaastattelu n=353 kyselylomakkeet, n=5 yksilöhaastattelut, n=11 hoitajien 2 ryhmähaastattelua, n=25 kirjoitelmat, n=11 potilaiden 3 ryhmähaastattelua, n=731 kyselylomakkeet.	Kvantitatiivinen ja kvalitatiivinen tutkimus. Kirjallisuushaku, yksilö- ja ryhmähaastattelut, kyselylomakkeet, kirjoitelmat.	Tuki hoitajilta painottuu emotionaaliseen ja tiedolliseen tukeen.
Morgan, Reavley, Jorm & Beatson, 2017, Australia	Tutkittiin syrjivän tai tuetun käytöksen esiintymistiheyttä ja tyyppejä mielenterveysongelmaisilla.	Kansallinen kysely, yli 18 v. (n=5220, joista mielenterveysongelmista kärsiviä n=1381).	Kvantitatiivinen tutkimus. Puhelinhaastattelut.	Perhe ja ystävät ovat sekä syrjinnän että tuen lähteitä. Pääasiassa kohtelu on positiivista. Tiedot tai ymmärryksen puute johtaa

				huonoon kohteluun. Leimautumisen vähentämistä ja ymmärryksen parantamiseen auttavat tiedotus, koulutus, psykoedukaatiot ja perheinterventiot.
Mustonen, Huurre, Kiviruusu, Berg, Aro & Marttunen, 2013, Suomi	Selvittää 4 ikäluokan elämäntapaa ja riskitekijöiden ja suojaavien tekijöiden yhteyttä mielenterveyteen ja hyvinvointiin.	Seurantatutkimus 16 v, 22 v, 32 v, 42v. (n=2269,1656,1471, 1334).	Kvantitatiivinen tutkimus. Kyselylomake.	Suhteet vanhempiin, itsetunto ja seurustelu suojaavat masennukselta nuorilla Aikuisina merkittävä oli parisuhde. Myös naisilla koettu sosiaalisen tuen saattavuus suojaavat masennukselta pitkäaikaisrauhaa sairastavilla.
Nagy & Moore, 2017, Kanada, USA	Selvittää tehdyistä tutkimuksista, voidaanko sosiaalisilla interventioilla vähentää masennusta.	24 tutkimusta.	Systemaattinen katsaus.	Masennuksen sosiaaliset interventiot voivat olla tehokkaita vähentämään masennusoireita aikuisväestössä. Erilaiset interventiot sopivat erilaisille ryhmille.
Rissanen, 2015, Suomi	Selvittää taustalla olevia tekijöitä elämäntyytyväisyyden ja sen kykyä ennustaa vakavaa masennustilaa ja toipumista .	Kuopion Depressio- projektin 6 v seuranta, n=121 potilasta, Pohjois- Savon väestötutkimus n=333, v.1998,1999 ja 2001 sekä lääketieteellinen tutkimus v. 2005.	Kvantitatiivinen tutkimus. Kyselylomake.	Sosiaalisilla tekijöillä oli tärkeä vaikutus koettuun elämäntyytyväisyyteen molemmissa molemmissa ryhmässä. Masennuksesta toipuvilla sairauden oireilu ja vuorovaikutusongelmat , kuten herkkyys ihmissuhteissa ja vähäisempi rakastetuksi tulemi-



				sen kokemus lisäksi tyytymättömyyttä.
Romakkaniemi, 2011, Suomi	Saada masennuksesta ja siitä kuntoutumisesta kokonaisvaltainen kuva tarkastelemalla sosiaalisia kytkentöjä masentuneilla ja lisäämään ymmärrystä kuntoutumisen prosessiin.	n=19, 14 masennusdiag. saanutta miestä ja 5 naista iältään 30-63 v.	Kvalitatiivinen tutkimus. Haastattelut	Sosiaalisen tuen tarpeet ja toteutunut tuki olivat muuttuvia. Verkoston kaikkia henkilöitä ei haluttu tukijoiksi. Sosiaalinen tuki toimi puskurina mutta ylimitoitettuna se toimi negatiivisesti. Tuen antajat koettiin pääasias- sa voimavarana.
Santini, Flori, Feeney, Tyrovolas, Haro & Koyanagi, 2016, Irlanti	Tutkittiin suhteiden laadun, sosiaalisten verkostojen ja yksinäisyyden vaikutusta mielenterveyteen Irlannissa.	Irlantilaisia yli 50 v. Baseline ja 2 v seuranta. (n= 6105).	Kvantitatiivinen pitkittäistutkimus (TILDA).	Avioliiton suurempi tuki, vähempi rasitus puolison taholta ja integroituminen sosiaalisiin verkostoihin suojaavat etenkin miehiä masennukselta. Ystävien ja lasten tuki suojaa masennusoireilta sekä miehiä että naisia. Naiset olivat herkempiä lasten ongelmille. Parisuhteen parantamisella ja sosiaalisten verkostojen tukemisella ja yksinäisyyden kokemuksella voi olla yhteyttä masennusoireiden ilmaantumiseen.

Santini, Koyanagi, Tyrovolas, Mason & Haro, 2015	Tehdä systemaattinen katsaus sosiaalisten suhteiden ja masennuksen välisistä suhteista.	51 tutkimusta.	Systemaattinen katsaus.	Koettu emotionaalinen tuki suojaa masennukselta, negatiivinen vuorovaikutus on masennuksen riskitekijä.
Sinokki, 2011, Suomi	Selvittää sosiaalisen tuen ja työilmapiirin yhteyttä työssäkäyvien terveyteen.	THL Terveys 2000 aineisto. (n= 3347-3430).	Kvantitatiivinen tutkimus. Kyselyt JCQ (sos. tuki työssä), SSQ (sos. tuki yksityiselämässä), diagnostiset haastattelut, työilmapiirikyselyt KELA, KELAN ja Eläketurvakeskuksen rekisteritiedot lääkkeistä ja työkyvyttömyyseläkkeistä.	Vähäinen sosiaalinen tuki, huono työilmapiirityössä ja yksityiselämässä oli yhteydessä masennukseen, unihäiriöihin ja ahdistuneisuuteen. Työhyvinvointiin on kiinnitettävä huomiota, sillä se vaikuttaa mielenterveysongelmiin ja työkyvyn menettämiseen.
Teo, Choi & Valenstein, 2013, Amerikka	Tutkia sosiaalisten suhteiden ja masennuksen välistä yhteyttä.	Amerikkalaisia 25-75 -vuotiaita (n= 4642), 10-vuoden ajan.	Kvantitatiivinen kohorttitutkimus.	Sosiaalisten suhteiden laatu on merkittävä masennuksen riskitekijä. Parisuhteen laatua tulisi parantaa pariterapialla ja huomioida sosiaalisten suhteiden puuttuminen hoidossa.
van den Brink, Schutter, Hanssen & Elzinga, 2018, Alankomaat	Tutkia sosiaalisten verkostojen ominaispiirteiden, sosiaalisen tuen ja yksinäisyyden eroavia ennakoivia arvoja masennushäiriön aikana ja testata onko näiden ennustavien assosiaatioiden muuttumista sukupuolen tai iän mukaan.	Masennuspotilaat alle 60 v, 60 v tai vanhemmat, baseline (n=1474), 2 v. kuluttua (n=1181).	Kvantitatiivinen kohorttitutkimus.	Jos masentuneella on vaikeuksia sosiaalisissa suhteissaan, tämä voi estää toipumista. Ihmissuhteiden ongelmiin, syrjäytyneisyyteen ja yksinäisyyteen on kiinnitettävä huomiota hoidossa ja uusiutumisen ehkäisyssä.

Wang, Mann, Lloyd-Evans B, Ma & Johanson, 2018	Etsiä tutkimuksia yksinäisyyden ja koetun sosiaalisen tuen ja mielenterveysongelmien väistä yhteyttä.	34 kvantitatiivista pitkittäistutkimusta.	Systemaattinen kirjallisuuskatsaus.	Yksinäisyys ja huonot sosiaaliset suhteet vaikuttavat masennusoireisiin ja siitä paranemiseen.
Werner-Seidler, Afzali, Chapman, Sunderland & Slade, 2017, Australia	Selvittää masennuksen ja sosiaalisten verkostojen välistä yhteyttä	Australialaisia 16-85 v.(n=8841).	Kvantitatiivinen tutkimus. Väestöpohjainen otos.	Sisäisten sosiaalisten suhteiden laadullinen verkko liittyy masennukseen. Sosiaalisten tukiverkkojen merkitys vaihtelee eri elämänvaiheissa. Masennusriskin seulontaa voisi parantaa keskittymällä sosiaalisiin suhteisiin.

### Liite 3. Masennuspotilaiden seuranta- ja satunnaistettu D-vitamiini-interventiotutkimus (DepFuD)(1/4).

Masennuspotilaiden seuranta- ja satunnaistettu D-vitamiini-interventiotutkimus (DepFuD)  
Follow-up study with randomized clinical vitamin D supplementation trial on patients with depression (DepFuD)

Osallistuvat yksiköt

Pohjois-Savon sairaanhoitopiiri:

- Psykiatrian klinikka, Itä-Suomen yliopisto ja KYS, tutkimushoitaja Ritva von Koch

Itä-Suomen yliopisto:

- Kliinisen lääketieteen yksikkö, psykiatrian oppiaine
- Kasvatustieteen ja psykologian osasto
- Kansanterveystieteen ja kliinisen ravitsemustieteen yksikkö

Etelä-Savon sairaanhoitopiiri

- Mikkelin keskussairaala, psykiatrian klinikka, Mikkeli, LT, ylilääkäri Timo Liukkonen ja tutkimushoitaja Auli Tiimonen (psyk. pkl/ESSHP).

Keski-Suomen sairaanhoitopiiri

- Keski-Suomen keskussairaala, psykiatrian klinikka, Jyväskylä, professori Sari Lindeman ja tutkimushoitaja Sanna Ihalainen (psyk. pkl/KSSHP)

#### 1. TUTKIMUSHANKKEEN VASTUUHENKILÖ, HANKKEEN NIMI, SUORITUSPAIKKA, JA HANKKEEN KESTO

Tutkimushankkeen vastuuhenkilö: Heimo Viinamäki

Hankkeen nimi: Masennuspotilaiden seuranta- ja satunnaistettu D-vitamiini-interventiotutkimus (Follow-up study with randomized clinical vitamin D supplementation trial on patients with depression, DepFuD)

Suorituspaikka: KYS/Itä-Suomen ERVA-alueen psykiatrian yksiköt

Hankkeen kesto: Rahoitusta haetaan tutkimushankkeen toiselle vuodelle (12 kk). Potilaskohtainen seuranta kestää viisi vuotta.

#### 2. TAUSTA

Maailman terveysjärjestön (WHO) mukaan masennus aiheutti v. 2010 41% mielenterveyshäiriöiden sairaustaakasta maailmassa. Vuoteen 2020 mennessä sen ennustetaan olevan maailman toiseksi suurin (1) ja kehittyneiden maiden suurin työ- ja toimintakyvyttömyyttä aiheuttava sairaus (2). Suomessa mielenterveyshäiriöt aiheuttavat vuosittain suurimmat työpanostappiot. Masennuksen aiheuttamaan terveyshaasteeseen tulee kyetä vastaamaan tulevaisuudessa entistä paremmin hyvää mielenterveyttä ja yksilön voimavaroja edistäen ja varhaisemmassa vaiheessa, ennen kuin ihmisen työkyky on pysyvästi menetetty (3,4).

Masennus on vahvasti yhteydessä somaattiseen terveyteen ja kuolleisuuteen (5). Se vaikuttaa moniin elimistön toimintoihin kuten immuunijärjestelmään, aivojen muovautuvuutta sääteleviin tekijöihin, keskushermoston välittäjäainetoimintaan ja kognitioon. Stressi, elämäntapahtumat ja monet elintapatekijät kuten ruokavalio, liikunta ja nukkuminen muokkaavat näitä masennuksen elimistövaikutuksia (6). Masennukseen on liitetty voimistunut elimistön sisäsyntyinen tulehdustila (7,8) ja erityisesti kohonneita interleukiini(IL)-1 $\beta$ -, IL-6- ja tuumorinekroositekijä (TNF)- $\alpha$  -tasoja on kuvattu (9). Masennuksen on havaittu voimistavan sisäsyntyistä tulehdusta ja sisäsyntyinen tulehdus puolestaan lisää masennukseen sairastumisen riskiä (10).

D-vitamiinin (kolekalsiferoli) puutos on yhteydessä paitsi luuston haurastumiseen, myös mm. lisääntyneeseen sydän- ja verisuonitautien, diabeteksen ja syöpien riskiin (11,12). Riittävässä saannissa on suomalaisilla puutetta (11). Matalat veren D-vitamiinipitoisuudet ovat yhteydessä myös masennukseen (13,14,15). On kuitenkin epäselvää, voiko D-vitamiinin ja masennuksen välinen yhteys olla kausaalinen. Masennuksen hoidossa D-vitamiinin merkitystä selvittäviä kliinisiä kokeita on julkaistu vasta kaksi (16,17). Molemmissa potilasaineistoissa D-vitamiinilisästä on havaittu olevan etua toipumisessa. Etenkin tutkimuksia, joissa käytetään suurempia D-vitamiiniansioita, kaivataan lisää (18). Eläinkokeissa D-vitamiinilisä ehkäisee tulehdusta ja laskee mm. sytokiinin pitoisuuksia (19). D-vitamiini on mukana myös masennuksen fysiologisissa prosesseissa, osallistuu immunologisten mekanismien säätelyyn ja vaikuttaa aivojen muovautumiskykyyn (13). D-vitamiinireseptoreita on löydetty aivoalueilta, jotka ovat keskeisiä masennuksen synnyssä (20). D-vitamiinitilan kohentaminen on helppo, turvallinen ja taloudellinen tapa parantaa yksilön ja väestön terveydentilaa.

Poikkiteollista tutkimusta masennuksen kliinisistä, neurobiologisista, sosiaalisista ja yksilötekijöiden yhteyksistä tarvitaan. Erityisesti pitkittäistutkimukset auttavat arvioimaan masennuksen fysiologian merkitystä masennuksen hoitotulokselle ja pitkäaikaisennusteelle. Masennusoireilun lisäksi tulee tutkia hitaasti kasautuvia riskitekijöitä (mm. koettu stressi), terveyttä edistäviä tekijöitä (yksilölliset voimavarat, subjektiivinen hyvinvointi kuten elämäntyytyväisyys ja psykososiaalisten tekijät) ja sitä, voivatko nämä tekijät toimia masennuksen psyykkisten ja ruumiillisten vaikutusten vaimentajina tai masennuksen uusiutumisen estäjänä. Samalla saadaan tietoa masennuksesta toipumisesta, masennukseen uusiutumisesta, terveystalouden käytöstä ja työelämässä selviämisestä. Näiden tekijöiden selvittäminen pitkäaikaisseurannassa voi mahdollistaa depression tehokkaamman hoidon ja auttaa myös uusien sairausjaksojen ennaltaehkäisyä.

### 3. TAVOITTEET

Tutkimuksen tarkoituksena on selvittää mielenterveyden, hyvinvoinnin ja toimintakyvyn biopsykososiaalisia yhteyksiä masennuksessa huomioiden niin masennuksen negatiiviset vaikutukset kuin yksilön positiiviset voimavarat. Lisäksi tarkoituksena on selvittää D-vitamiini-intervention merkitystä masennuksen liitännäishoitona eli D-vitamiinin vaikutusta masennuksesta toipumiseen ja inflammatorisiin markkereihin. Tutkimus on monitieteinen yhdistäen toisiinsa niin psykiatrian, epidemiologian, kansanterveystieteen, fysiologian kuin biolääketieteenkin näkökulmia.

1. Tutkia masennuspotilaiden masennuksesta toipumiseen ja työkykyyn liittyviä tekijöitä (kliininen kuva, biopsykososiaaliset tekijät, hoitohistoria ja elämäntavat).
2. Tutkia, miten kuuden kuukauden mittainen D-vitamiinisupplementaatio vaikuttaa masennuksen hoitovasteeseen, toipumiseen ja masennuksen biologisiin taustatekijöihin.

### 4. TUTKIMUSMENETELMÄT, AINEISTO JA EETTISET KYSYMYKSET

#### Menetelmät ja aineisto

Tutkimus alkaa kuusi kuukautta kestäväällä satunnaistetulla, kontrolloidulla, kaksois-sokkoutetulla D-vitamiini-interventiolla. D-vitamiini-interventioon rekrytoidaan yhteensä 3028 (Anu uusii voimalaskelmat, n=2000) ei-psykoottisen, unipolaarisen masennuksen vuoksi Itä-Suomen ERVA-alueen psykiatrian yksiköihin masennuksen vuoksi hoitoon tulevaa 18–65-vuotiasta potilasta. Kun tutkittava on antanut tietoon perustuvan suostumuksen tutkimukseen osallistumisesta, hänet satunnaistetaan joko tavanomaiseen (10 µg/vrk) D-vitamiinisupplementaatio- tai tavanomaista korkeampaan D-vitamiinisupplementaatioryhmään (100 µg/vrk). Tutkittavien satunnaistaminen tapahtuu ositetulla lohkosatunnaistamisella.

Tutkittavan masennuslääkehoito jatkuu D-vitamiini-intervention aikana normaalisti. Tutkittaville annetaan

Liite 3. Masennuspotilaiden seuranta- ja satunnaistettu D-vitamiini-interventiotutkimus (DepFuD)(3/4).

vastikkeetta kuuden kuukauden annos tutkimusvalmistetta. Masennuspotilaat käyttävät D-vitamiinivalmistetta puolen vuoden ajan vuodenajasta riippumatta. Tutkimuksen lisäetuna on sellaisen kalsidiolin kynnyksarvon selvittäminen, jonka lähtöpitoisuudella D-vitamiinilisästä voisi olla hyötyä toipumisen kannalta. Ne tutkittavat, jotka eivät täytä intervention sisäänottokriteerejä tai eivät halua osallistua interventioon, otetaan mukaan suoraan seurantatutkimukseen (taulukko 1). Näitä tutkittavia oletetaan kertyvän seuranta-aineistoon n. 400. D-vitamiini-interventiolla olevat masennuspotilaat jatkavat intervention jälkeen niin ikään seurantatutkimuksessa. Masennuksen pitkäaikaisseuranta D-vitamiini-interventioineen mahdollistaa yllämainittujen tavoitteiden tutkimisen riittävällä potilasaineistolla.

Taulukko 1. DepFuD:n sisäänotto- ja poissulkukriteerit

Sisäänottokriteerit seurantatutkimukseen	Poissulkukriteerit
Diagnoosina lievä, keskivaikea tai vaikea-asteinen masennus, toistuvan masennuksen lievä, keskivaikea tai vaikea masennusjakso	Psykoottinen masennus, psykoosisairaus ja kaksisuuntainen mielialahäiriö
	Henkilön terveydentila ei salli tutkimukseen osallistumista (esim. näön, kuulon, motorisen toiminnan merkittävä vaje tai vaikea päihderiippuvuus ja sen komplikaatiot aivoissa ja keskushermostossa)
Lisäkriteerit satunnaistettuun D-vitamiini-interventiotutkimukseen	D-vitamiiniaineenvaihduntaan vaikuttava sairaus (sarkoidoosi, lisäkilpirauhasen vaja- ja liikatoiminta, hyperkalsemia, munuais kivert, munuaisen vajaatoiminta tai muu munuaisen toimintaan vaikuttava sairaus)
	Raskaus tai imetys
	D-vitamiinilisän (yli 10 µg/vrk) ajankohtainen käyttö (≤10 µg/vrk saa olla säännöllisessä käytössä)

Tutkittavien seuranta toteutuu ensikäynnin jälkeen kuten taulukossa 2 on kuvattu. Kyselyillä (täytettävä paperilomake) kartoitetaan tutkittavien taustatietoja, mm. sairaushistoriaa, sosioekonomista tilannetta ja kliinistä tilaa. Kaikille tutkittaville toteutetaan lisäksi haastattelun perusteella tutkimushoitajan täyttämät kliiniset haastattelut alkutilanteessa ja seurannassa.

Taulukko 2. DepFuD-tutkimuksessa kerättävät taustatiedot, kliiniset mittarit ja haastattelut (1/2)

Tutkimuskäynti	Alkutilanne	3 kk	6 kk	18 kk	5 v
Kyselyillä kartoitettavat taustatiedot eri aikapisteissä					
Perustiedot (mm. paino, pituus)	x	x	x	x	x
Ajankohtainen sairastavuus	x	x	x	x	x
Koulutus	x				
Asuminen ja taloudellinen tilanne	x		x	x	x
Parisuhde ja sosiaalinen tuki	x	x	x	x	x
Ruoankäyttökysely	x		x		
Lääkehoito tutkimuksen alussa ja sen aikana	x	x	x	x	x
Ajankohtainen hoitopalveluiden käyttö	x	x	x	x	x
Työkyky ja työelämään sijoittuminen	x	x	x	x	x
Hoitohistoria	x	x	x	x	x

Liite 3. Masennuspotilaiden seuranta- ja satunnaistettu D-vitamiini-interventiotutkimus (DepFuD)(4/4).

Taulukko 2. DepFuD-tutkimuksessa kerättävät taustatiedot, kliiniset mittarit ja haastattelut (2/2)

Tutimuskäynti	alkutilanne	3kk	6kk	18kk	5v
Kyselyinä täytettävät kliiniset mittarit eri aikapisteissä					
Beckin masennusasteikko (BDI)	x	x	x	x	x
Koherenssin tunteen kyselylomake (SOC)	x	x	x	x	x
15-D kysely	x		x	x	x
Cohenin koetun stressin kysely	x	x	x	x	x
Elämäntyytyväisyyskysely (LS)	x	x	x	x	x
Optimismiasteikko	x	x	x	x	x
Young Schema Questionnaire	x			x	x
Clinical Outcome Rutine Evaluation – kysely (CORE)	x	x	x	x	x
Aleksitymia-kysely (TAS)	x	x	x	x	x
Resilienssi-skaala	x	x	x	x	x
Traumakysely (TADS)	x				
Symptom check list (SCL)	x	x	x	x	x
Kliiniset haastattelut eri aikapisteissä					
Montgomery-Åsbergin masennusasteikko (MADRS)	x		x		
Epätyypillinen masennus (DIAD)	x		x		
Global Assessment of Functioning - haastattelu (GAF)	x		x	x	
Kliiniset strukturoidut diagnostiset haastattelut (SCID-I ja SCID-II)	x		x	x	x

Tutkimushoitaja kartoittaa somaattista terveydentilaa (paino, pituus, vyötärön ympärysmitta, puristusvoima ja verenpaine). Kaikilta tutkittavilta otetaan verinäytteitä tutkimuksen alkutilanteessa, 6 kk:n, 18 kk:n ja viiden vuoden kohdalla. Verinäytteistä analysoidaan täydellinen verenkuva, veren paastoverensokeri, elektrolyyttejä, lipidiarvot, plasman albumiini, maksa-, munuais-, luusto- ja kilpirauhasfunktiota kuvaavia arvoja, vitamiinipitoisuuksia (mm. D-vitamiini), kokeellisia elimistön immuunijärjestelmän toimintaa kuvaavia biomarkkereita (mm. IL-17, TNF-a) ja metabolomiikka-analyysyjä. Kokeelliset määritykset toteutetaan pakastetuista näytteistä yhdessä erässä. Päätetapahtumien seuranta jatkuu kansallisten rekistereiden avulla.

D-vitamiinilisän tehon voidaan, sen hyöty-haittasuhde huomioiden, arvioida olevan kliinisesti merkittävällä tasolla, mikäli sen vaikutuksen koko on 0.15. Kaksihäntäisessä testissä, kun satunnaistamissuhde on 1:1,  $\alpha = 0.05$  ja voima 0.95 on tutkimukseen rekrytoitava yhteensä 1211 yksilöä per interventioryhmä (yhteensä 2422 tutkittavaa). Kun tähän lisätään mahdollinen kato, jonka voidaan tämänkaltaisessa tutkimuksessa arvioida olevan 25 %, tutkittavia tarvitaan interventioon yhteensä  $n = 3028$

DepFuD:n vertailuaineistona tullaan käyttämään mm. Itä-Suomen yliopiston FIND-tutkimusta (Finnish Vitamin D Trial). FIND on syksyllä 2012 aloitettu satunnaistettu, kaksois-sokkoutettu ja lumekontrolloitu D-vitamiinitutkimus yleisväestössä ja siihen pyritään saamaan mukaan yhteensä 18 000 tervettä ikääntynyttä miestä ja naista.

Havaintotunnus: \_\_\_\_\_

Päivämäärä \_\_\_\_/\_\_\_\_/201\_\_

### A. NYKYINEN MIELIALA

**Seuraavaksi on 21 väittämää koskien mielialaanne.** Ympyröikää kustakin kysymyksestä yksi vaihtoehto sen mukaan millaiseksi tunnette mielialanne **juuri nyt**. **Kussakin kysymyksessä on vaihtoehdot 0, 1, 2, 3.**

1.    0    En ole surullinen.  
      1    Olen surullinen.  
      2    Olen aina alakuloinen ja surullinen, enkä pääse tästä mielialasta eroon.  
      3    Olen niin onneton, että en enää kestä
  
2.    0    Tulevaisuus ei erityisesti pelota minua.  
      1    Tulevaisuus pelottaa minua.  
      2    Tunnen, että tulevaisuudella ei ole minulle mitään tarjottavana.  
      3    Tunnen, että tulevaisuus on toivoton enkä usko asioiden tästä paranevan
  
3.    0    En tunne epäonnistuneeni.  
      1    Uskon epäonnistuneeni useammin kuin muut ihmiset.  
      2    Menneisytydessä näen vain sarjan epäonnistumisia.  
      3    Tunnen olevani täysin epäonnistunut ihmisenä.
  
4.    0    Asiat tuottavat minulle tyydytystä kuten ennenkin.  
      1    En osaa nauttia asioista samalla tavalla kuin ennen.  
      2    En saa todellista tyydytystä enää mistään.  
      3    Olen tyytymätön ja kyllästynyt kaikkeen.
  
5.    0    Minulla ei ole erityisiä syyllisydentunteita.  
      1    Minulla on usein syyllinen olo.  
      2    Tunnen melkoista syyllisyyttä suurimman osan ajasta.  
      3    Tunnen jatkuvasti syyllisyyttä.
  
6.    0    En koe, että minua rangaistaan.  
      1    Uskon, että minua saatetaan rangaista.  
      2    Odotan, että minua rangaistaan.  
      3    Tunnen, että minua rangaistaan.



7. 0 En ole pettynyt itseeni.  
1 Olen pettynyt itseeni.  
2 Inhoan itseäni.  
3 Vihaan itseäni.
8. 0 Tunnen olevani yhtä hyvä kuin kuka tahansa muu.  
1 Arvostelen heikkouksiani ja virheitäni.  
2 Moitin itseäni virheistäni.  
3 Moitin itseäni kaikesta mikä menee pieleen.
9. 0 En ole ajatellut tappaa itseäni.  
1 Olen ajatellut itseni tappamista, mutten kuitenkaan tee niin.  
2 Haluaisin tappaa itseni.  
3 Tappaisin itseni, jos siihen olisi tilaisuus.
10. 0 En itke tavallista enempää.  
1 Itken nykyisin enemmän kuin ennen.  
2 Itken nykyisin aina.  
3 Kykenin ennen itkemään, mutta nyt en pysty, vaikka haluaisinkin
11. 0 En ole nyt sen ärtyneempi kuin yleensäkin.  
1 Ärsyynyn nykyään helpommin kuin ennen.  
2 Tunnen itseni ärtyneeksi koko ajan.  
3 Asiat, jotka ennen raivostuttivat minua, eivät liikuta minua enää lainkaan.
12. 0 Olen kiinnostunut muista ihmisistä.  
1 Muut ihmiset kiinnostavat minua nykyään vähemmän kuin aikaisemmin.  
2 Kiinnostukseni ja tunteeni muita ihmisiä kohtaan ovat miltei kadonneet.  
3 Olen menettänyt kaiken kiinnostukseni muihin ihmisiin.
13. 0 Pystyn tekemään päätöksiä kuten aina ennenkin.  
1 Lykkään päätöksen tekoa useammin kuin ennen.  
2 Minun on hyvin vaikea tehdä päätöksiä.  
3 En pysty enää lainkaan tekemään päätöksiä.
14. 0 Mielestäni ulkonäköni ei ole muuttunut.  
1 Pelkään, että näytän vanhalta ja vähemmän viehättävältä.  
2 Ulkonäkössäni on tapahtunut pysyviä muutoksia ja niiden takia näytän epämiellyttävältä.  
3 Uskon olevani ruma

15. 0 Työkykyni on pysynyt suunnilleen ennallaan.  
1 Työn aloittaminen vaatii minulta ylimääräisiä ponnistuksia.  
2 Voidakseni tehdä jotakin minun on suorastaan pakotettava itseni siihen.  
3 En kykene lainkaan tekemään työtä.
16. 0 Nukun yhtä hyvin kuin ennenkin.  
1 En nuku yhtä hyvin kuin ennen.  
2 Herään nykyisin 1 - 2 tuntia liian aikaisin, ja minun on vaikea päästä uudelleen uneen.  
3 Herään useita tunteja aikaisemmin kuin ennen enkä pääse uudelleen uneen.
17. 0 En väsy sen nopeammin kuin tavallisesti.  
1 Väsyn nopeammin kuin tavallisesti.  
2 Väsyn lähes tyhjästä.  
3 Olen liian väsynyt tehdäkseen mitään.
18. 0 Ruokahaluni on ennallaan.  
1 Ruokahaluni ei ole niin hyvä kuin ennen.  
2 Ruokahaluni on nyt paljon huonompi.  
3 Minulla ei ole enää lainkaan ruokahalua.
19. 0 Painoni on pysynyt viime aikoina ennallaan.  
1 Olen laihtunut yli 3 kiloa.  
2 Olen laihtunut yli 5 kiloa.  
3 Olen laihtunut yli 8 kiloa.

Yritän tarkoituksellisesti pudottaa painoani syömällä vähemmän.

1 Kyllä \_\_\_\_\_ 2 Ei \_\_\_\_\_

20. 0 En ole huolissani terveydestäni enempää kuin tavallisestikaan.  
1 Olen huolissani ruumiini vaivoista:  
säryistä, kivuista, vatsavaivoista tai ummetuksesta.  
2 Olen hyvin huolissani ruumiini vaivoista ja minun on vaikea ajatella muita asioita.  
3 Olen niin huolissani ruumiini vaivoista, etten pysty ajattelemaan mitään muuta.
21. 0 Kiinnostukseni seksiin on pysynyt ennallaan.  
1 Kiinnostukseni seksiin on vähentynyt.  
2 Kiinnostukseni seksiin on huomattavasti vähäisempää kuin ennen.  
3 Olen kokonaan menettänyt kiinnostukseni seksiin.

## SOSIAALINEN TUKI

11. Tuntuuko Teistä siltä, että Te juuri nyt olette
- 1 hyvin yksinäinen
  - 2 melko yksinäinen
  - 3 ette lainkaan yksinäinen
  - 4 en osaa sanoa
13. Saatteko mielestänne riittävästi ymmärrystä ja tukea ongelmiinne perheeltänne?
- 1 Saan aivan riittävästi
  - 2 Saan melko riittävästi
  - 3 En saa yleensä riittävästi
  - 4 Perheeni ei tue minua lainkaan
  - 5 Minulla ei ole perhettä
14. Saatteko mielestänne riittävästi ymmärrystä ja tukea ongelmiinne työtovereiltanne?
- 1 Saan aivan riittävästi
  - 2 Saan melko riittävästi
  - 3 En saa yleensä riittävästi
  - 4 Työtoverini eivät tue minua lainkaan
  - 5 Minulla ei ole työtovereita
15. Saatteko mielestänne riittävästi ymmärrystä ja tukea ongelmiinne ystäviltänne?
- 1 Saan aivan riittävästi
  - 2 Saan melko riittävästi
  - 3 En saa yleensä riittävästi
  - 4 Ystäväni eivät tue minua lainkaan
  - 5 Minulla ei ole ystäviä

## MISSÄ MÄÄRIN TEITÄ ON VIIMEISEN KUUKAUDEN AIKANA VAIVANNUT ?

	Ei lainkaan	Melko vähän	Jonkin verran	Melko paljon	Erittäin paljon
69. Yksinäisyys	1	2	3	4	5

Havaintotunnus: \_\_\_\_\_

Päivämäärä \_\_\_\_/\_\_\_\_/201\_\_

**A. TAUSTATIEDOT**

1. Sukupuoli

- 0 mies
- 1 nainen

2. Syntymävuosi \_\_\_\_\_

3. Mikä on siviilisäätynne?

- 1 Naimaton, en ole ollut naimisissa
- 2 Avioliitossa, rekisteröidyssä parisuhteessa tai avoliitossa
- 3 Asumuserossa tai eronnut
- 4 Leski

4. Mikä on nykyinen asumismuotonne?

- 1 Yksin
- 2 Vanhempien kanssa
- 3 Omassa perheessä/parisuhteessa
- 4 Opiskelija- tai toveriasunto
- 5 Pienkoti/kuntoutuskoti/ryhmäkoti
- 6 Muu

5. Montako alle 18-vuotiasta lasta teillä on huollettavana? \_\_\_\_\_ lasta  
(jos teillä ei ole lapsia niin merkitkää 0)

6. Oletteko **tällä hetkellä**

- 0 Kokopäivätyössä (tai vain lomalla, virkavapaalla, vuorotteluvapaalla tms.)
- 1 Lyhennetyllä työviikolla
- 2 Osa-aikatyössä
- 3 Pakkolomalla
- 4 Työttömänä, vuodesta \_\_\_\_\_ alkaen
- 5 Työttömyyseläkkeellä, vuodesta \_\_\_\_\_ alkaen
- 6 Osa-aikaeläkkeellä, vuodesta \_\_\_\_\_ alkaen
- 7 Varhaiseläkkeellä, vuodesta \_\_\_\_\_ alkaen
- 8 Työkyvyttömyyseläkkeellä, vuodesta \_\_\_\_\_ alkaen
- 9 Työeläkkeellä (vanhuuseläke), vuodesta \_\_\_\_\_ alkaen
- 10 Muusta syystä poissa työelämästä

SUOSTUMUS TUTKIMUKSEEN

2.3.2015



**Masennuspotilaiden seuranta- ja satunnaistettu D-vitamiini-interventiotutkimus (DepFuD)**

Minua \_\_\_\_\_ on pyydetty osallistumaan yllämainittuun tieteelliseen tutkimukseen, jonka tarkoituksena on tutkia masennuksesta toipumiseen, hyvinvointiin ja työkykyyn vaikuttavia tekijöitä, D-vitamiinilisen vaikutuksia masennuksesta toipumiseen ja hoitovaikutukseen liittyviä elimistön muutoksia.

Olen lukenut ja ymmärtänyt saamani kirjallisen tutkimustiedotteen. Tiedotteesta olen saanut riittävän selvityksen tutkimuksesta ja sen yhteydessä suoritettavasta tietojen keräämisestä, käsittelystä ja luovuttamisesta. Tiedotteen sisältö on kerrottu minulle myös suullisesti, minulla on ollut mahdollisuus esittää kysymyksiä ja olen saanut riittävän vastauksen kaikkiin tutkimusta koskeviin kysymyksiini. Minulle on selitetty miksi en saa itselleni geenitutkimusten tuloksia ja että geeninäytteitä käytetään vain tämän tutkimuksen tarkoitukseen. Olen ymmärtänyt, että tutkimukseen liittyviä biologisia näytteitä voidaan analysoida myös Suomen ulkopuolella. Minulle on kerrottu että näytteitä käsitellään koodattuina ja ettei niitä käytetä yksilön tunnistamiseen

Tiedot antoi \_\_\_\_\_ \_\_ / \_\_ / 20 \_\_\_\_. Minulla on ollut riittävästi aikaa harkita osallistumistani tutkimukseen. Olen saanut riittävät tiedot oikeuksistani, tutkimuksen tarkoituksesta ja sen toteutuksesta sekä tutkimuksen hyödyistä ja riskeistä. Minua ei ole painostettu eikä houkuteltu osallistumaan tutkimukseen.

Ymmärrän, että osallistumiseni on vapaaehtoista. Tiedän, että tietojani käsitellään luottamuksellisesti eikä niitä luovuteta sivullisille. Olen tietoinen, että voin milloin tahansa sekä keskeyttää tutkimuksen että peruuttaa suostumukseni syytä ilmoittamatta, eikä peruutukseni vaikuta kohteluuni tai saamaani hoitoon millään tavalla. Peruuttaessani suostumukseni tai keskeyttäessäni tutkimuksen siihen mennessä kerättyjä tietoja ja näytteitä käytetään osana tutkimusaineistoa.

**Luettuani tämän**

- 1. Suostun siihen, että tietojani terveydentilastani ja sairaudestani voidaan kerätä sairauskertomuksista ja käyttää tässä tutkimuksessa**

Kyllä

Ei

- 2. Suostun siihen, että minuun saa olla yhteydessä mahdollisten masennuksen hoitoon tai syntymekanismeihin liittyvien uusien jatkotutkimusten merkeissä**

Kyllä

Ei

**Allekirjoituksellani vahvistan osallistumiseni tähän tutkimukseen ja suostun vapaaehtoisesti tutkimushenkilöksi.**

\_\_\_\_\_  
Tutkittavan nimi

\_\_\_\_\_  
Tutkittavan syntymäaika

\_\_\_\_\_  
Tutkittavan osoite

\_\_\_\_\_  
Päivämäärä

\_\_\_\_\_  
Allekirjoitus

Liite 7. Suostumuslomake DepFuD tutkimukseen (2/2).

_____	_____	_____
Tutkijalääkärin/hoitajan nimi (Suostumuksen vastaanottaja)	Päivämäärä	Allekirjoitus

Alkuperäinen allekirjoitettu tutkittavan suostumus sekä kopio tutkimustiedotteesta jäävät tutkijalääkärin arkistoon. Tutkimustiedote ja kopio allekirjoitetusta suostumuksesta annetaan tutkittavalle.



TIEDOTE TUTKIMUKSESTA  
KUOPIO

2.3.2015

## **Masennuspotilaiden seuranta- ja satunnaistettu D-vitamiini-interventiotutkimus (DepFuD)**

### **Pyyntö osallistua tutkimukseen**

Teitä pyydetään mukaan tutkimukseen, jossa tutkitaan masennuksesta toipumiseen, hyvinvointiin ja työkykyyn vaikuttavia tekijöitä, D-vitamiinilisän vaikutuksia masennuksesta toipumiseen ja hoitovaikutukseen liittyviä elimistön muutoksia. Tutkimus toteutetaan Kuopiossa, Jyväskylässä, Mikkelissä ja Savonlinnassa psykiatrian erikoissairaanhoidon poliklinikoilla. Tutkimukseen osallistumisen mahdollisuutta tarjotaan kaikille avohoitojaksonsa psykiatrisessa erikoissairaanhoidossa aloittaville KYS-piirin potilaille. Tämä tiedote kuvaa tutkimusta ja Teidän osuuttanne siinä. Pehdyttyänne tähän tiedotteeseen Teille järjestetään mahdollisuus esittää kysymyksiä tutkimuksesta, jonka jälkeen Teiltä pyydetään suostumus tutkimukseen osallistumisesta.

Tutkimuksesta vastaa psykiatrian professori, vastaava ylilääkäri Heimo Viinamäki, ja tutkimusrekisterin ylläpitäjä on KYSin Psykiatrian palveluyksikkö.

Pohjois-Savon sairaanhoitopiirin tutkimuseettinen toimikunta on arvioinut tutkimussuunnitelman ja antanut siitä puoltavan lausunnon.

### **Vapaaehtoisuus**

Tutkimukseen osallistuminen on täysin vapaaehtoista ja voitte keskeyttää tutkimuksen koska tahansa syytä ilmoittamatta. Tutkimuksesta kieltäytyminen tai sen keskeyttäminen ei vaikuta millään tavalla hoitoonne tai potilas-lääkäri-suhteeseen. Mikäli ette ole halukas osallistumaan tutkimukseen tai haluatte keskeyttää tutkimuksen, hoitonne toteutuu edelleen tavanomaisten hoitokäytäntöjen mukaisesti. Mikäli keskeytätte tutkimuksen, keskeyttämiseen mennessä teistä kerätyt tiedot ja tutkimusnäytteet käytetään osana tutkimusaineistoa.

### **Tutkimuksen tarkoitus**

Tämän tieteellisen tutkimuksen tarkoituksena on selvittää masennuksesta toipumiseen, hyvinvointiin ja työkykyyn liittyviä tekijöitä. Lisäksi tarkoituksena on tutkia D-vitamiinilisän vaikutusta toipumiseen ja sen aikaansaamia muutoksia elimistössä.

Tutkimukseen pyritään saamaan mukaan yhteensä 3 000 potilasta, jotka kärsivät masennusoireilusta. Masennusdiagnoosina voi olla lievä, keskivaikea tai vaikeasteinen masennus ja toistuvan masennuksen lievä, keskivaikea tai vaikea masennusjakso. Mikäli Teillä on psykoottinen (todellisuudentajua vääristävä) masennus tai muu psykoottinen häiriö, kaksisuuntainen mielialahäiriö, tai ajankohtainen päihderiippuvuus, ette sovellu tutkimukseen. Ette sovellu myöskään tutkimukseen, jos Teillä on tutkimuksen kulkua merkittävästi estävä haitta (esim. näön, kuulon, motorisen toiminnan merkittävä vajaus tai vaikea päihderiippuvuus ja sen komplikaatiot aivoissa ja keskushermostossa). Ette sovellu käyttämään tutkimuksessa annettavaa D-vitamiinilisää, mikäli Teillä on jokin seuraavista: D-vitamiiniaineenvaihduntaan vaikuttava sairaus (sarkoidoosi, lisäkilpirauhasen vajaa- ja liikatoiminta, hyperkalsemia, munuais kivet, munuaisen vajaatoiminta tai muu munuaisen toimintaan vaikuttava sairaus), D-vitamiinilisän (yli 10 µg/vrk) ajankohtainen käyttö (≤10 µg/vrk säännöllisessä käytössä ei ole este tutkimuksen osallistumiselle), kalsium-lisän (yli 1200 mg/vrk) ajankohtainen käyttö tai olette raskaana tai imetätte. Jos ette täytä D-vitamiiniosuuden kriteerejä tai ette halua osallistua D-vitamiiniosuuteen, voitte kuitenkin osallistua halutessanne masennuksesta toipumista koskevaan tutkimuksen osaan. Tutkimuksen kulku (esiteltä alla) on tuolloin osaltanne muuten sama, mutta ette käytä tutkimuksen aikana D-vitamiinitutkimusvalmistetta.

## **Tutkimuksen kulku**

Mikäli olette halukas osallistumaan tutkimukseen, Teille varataan aika arviointikäynnille. Tällä arviointikäynnillä Teille tehdään kattavat diagnostiset haastattelut (kesto yhteensä noin 2 tuntia), jonka avulla varmistetaan lopullisesti soveltuvuutenne tutkimukseen. Samalla käynnillä annatte suostumuksen tutkimukseen osallistumisesta. Joskus pitkä arviokäynti voidaan jakaa kahteen tapaamiskertaan. Diagnostiset haastattelut toistetaan kuusi kuukautta tutkimuksen aloituskäynnin jälkeen.

Tutkimuksen kulku ja tutkimuskäyntien sisältö on kuvattu liitteessä 1. Tutkimus alkaa puolivuotisella D-vitamiiniosuudella, joka on kuvattu tarkemmin alla. Tutkimuskäyntejä D-vitamiiniosuuden aikana on yhteensä kolme: 1. tutkimuskäynti tutkimuksen alussa, 2. tutkimuskäynti kolmen kuukauden kohdalla ja 3. käynti kuuden kuukauden kuluttua aloituksesta. Tutkimuskäynneillä Teitä pyydetään täyttämään terveydentilaanne, masennusoireiluanne ja masennuksen mahdollisia taustatekijöitä selvittäviä kyselyitä, joita tutkimushoitaja tarvittaessa tarkentaa. Kyselyillä kartoitetaan myös elämäntilannettanne, elämänhistoriaanne, elintapojanne ja hoitohistoriaanne.



Haastatteluun ja kyselyiden täyttämiseen kuluu tutkimuskäynnistä riippuen 1-3 tuntia aikaa (ks. kuva tutkimuksen kulusta). Aloituskäynnillä ja kuuden kuukauden käynnillä tutkimushoitajan suorittaa lyhyen terveystarkastuksen (verenpaine, pituus, paino, vyötärönympärysmitta, puristusvoima). Lisäksi käynte antamassa verinäytteen jokaisella kolmella tutkimuskäynnillä.

D-vitamiinitutkimukseen soveltuvat arvotaan (satunnaistetaan) osallistumaan joko matalan D-vitamiiniannoksen ryhmään (10 µg/vrk D-vitamiinia) tai korkeamman D-vitamiiniannoksen ryhmään (100 µg/vrk D-vitamiinia). Saatte D-vitamiinivalmisteen, joka on suun kautta otettava purutabletti, mukaanne ensimmäisellä varsinaisella tutkimuskäynnillä ja käytätte sitä päivittäin (1 tabletti/pvä) kuuden kuukauden ajan vuodenaikasta riippumatta. Molemmat tutkimusannokset on todettu turvallisiksi pitkäaikaisessakin käytössä. Teidän ei tule käyttää muita D-vitamiinia sisältäviä ravintolisiä tutkimuksen aikana. Tutkimuksen kulku on osaltanne samanlainen riippumatta siitä, kumpaan ryhmään Teidät arvotaan osallistumaan. Tutkimuksesta riippumatta myös mahdollinen lääkehoitonne ja muu hoitonne jatkuu normaalisti.

Laboratoriokoe eli laskimoverinäytteen otto tapahtuu paikkakuntanne laboratorion näytteenottopisteessä. Osa tuloksista määritetään heti ja näillä tutkimuksilla selvitetään mahdollisia masennuksen ruumiillisia syitä. Osa verinäytteistä pakastetaan myöhempiä määrittäviä varten. Lisäksi verinäytteestänne määritetään geneettisiä ominaisuuksia, joilla voi olla yhteyttä masennukseen tai vaikutusta D-vitamiinin aineenvaihduntaan ja sitä kautta D-vitamiinilisästä saatavien hyötyjen ja haittavaikutusten ilmaantumiseen. Geeninäytteenotolle annetaan erillinen suostumus (ks. geeninäytteen suostumuslomake) ja voitte halutessanne kieltäytyä geeninäytteen antamisesta. Geeninäytteen avulla saatavien tietojen ja muiden terveystietojen yhteyttä tarkastellaan siten, ettei Teidän henkilöllisyytenne käy ilmi. Yksittäisen henkilön tutkimusten tuloksia ei tulla kertomaan tutkittavalle itselleen, lääkärille, eikä kenellekään muulle. Näin menetellään siksi, että tällä hetkellä yhdelläkään geenianalyysistä saatavalla tuloksella ei ole hoidollista merkitystä.

Kolmen ensimmäisen käynnin jälkeen tutkimus jatkuu seurantatutkimuksena. Tutkimukseen liittyen vointianne seurataan eri tavoin viisi vuotta. Saatte myös kutsun haastatteluun puolitoista vuotta ja viisi vuotta tutkimukseen liittyvän viimeisen käyntinne jälkeen. Haastattelu, kyselylomakkeiden täyttö ja muu tiedonkeruu toteutuvat tuolloin samalla tavalla kuin varsinaisen kuuden kuukauden tutkimuksen aikana. Lisäksi käynte antamassa verinäytteen näiden seurantakäyntien (puolitoista vuotta ja viisi vuotta) yhteydessä.

## **Tutkimuksen mahdolliset hyödyt**

Osana tutkimusta Teille tehdään kattava psyykkistä vointianne kartoittava diagnostinen tutkimus, jonka tulokset voidaan antaa myös hoitopaikkanne hoitavien työntekijöiden käyttöön muun hoitonne täydentämiseksi. Lisäksi saatte ilmaiseksi D-vitamiinivalmisteen käytettäväksi puolen vuoden ajan päivittäin, mistä saatatte hyötyä. On mahdollista, ettei tähän tutkimukseen osallistumisesta ole Teille hyötyä. Tutkimus

saattaa kuitenkin auttaa parantamaan samanlaisista ongelmista kärsivien potilaiden hoitoa tulevaisuudessa

### **Tutkimuksesta mahdollisesti aiheutuvat haitat ja epämukavuudet**

Tutkimuksen vuoksi joudutte käymään hoitoon liittymättömillä käynneillä, ja näihin kuluu Teiltä aikaa tutkimuksen aikana yhteensä 1-3 tuntia/käyntikerta. Tutkimukseen liittyvät riskit ovat asteeltaan vähäisiä: laskimoverinäytteen ottaminen saattaa aiheuttaa lyhytkestoista kipua, ja siihen liittyy pistoalueelle syntyvän mustelman riski. Tutkimuksessa tietoa kerätään kyselylomakkeilla, joiden täyttäminen voi olla työlästä, mutta tähän saatte pyytäessänne apua ja tukea tutkimushoitajalta.

### **Tietojen luottamuksellisuus, säilytys ja tietosuoja**

Keräämme tietoa Teistä haastattelun, kyselylomakkeiden, terveystarkastuksen, sairauskertomustietojen ja laboratoriotutkimuksen avulla. Tutkimuksen aikana ja sen jälkeen kerätään terveystietojanne, mm. tietoa terveystietojen ja lääkkeiden käytöstä ja työ- ja toimintakyvystä, kansallisista terveyteen liittyvistä rekistereistä (Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen hoitoilmoitusrekisteri Hilmo, avohoitorekisteri AvoHilmo ja syöpärekisteri, Kelan rekisterit kuten lääkerekisteri ja ilmaisiläkerekisteri ja työeläkerekisteri, työeläkeyhtiöiden rekisterit ja Tilastokeskuksen kuolinsyyrekisteri). Näitä tietoja voidaan käyttää tämän tutkimuksen tarkoituksiin. Teistä kerättyä tietoa ja tutkimustuloksia käsitellään luottamuksellisesti henkilötietolain edellyttämällä tavalla. Tutkimuksessa saatuja henkilökohtaisia tietojanne ei kirjata sairauskertomukseenne, poikkeuksena diagnostisen haastattelun diagnoosit, jotka kirjataan osaksi sairauskertomustanne.

Yksittäisille tutkimushenkilöille annetaan tunnusnumero ja tieto säilytetään koodattuna tutkimustiedostossa. Tulokset analysoidaan ryhmätasolla koodattuina, jolloin yksittäinen henkilö ei ole tunnistettavissa ilman koodiaavainta. Koodiaavainta, jonka avulla yksittäisen tutkittavan tiedot ja tulokset voidaan tunnistaa, säilyttää tutkimuksesta vastaava henkilö, professori Heimo Viinamäki, eikä tietoja anneta tutkimuksen ulkopuolisille henkilöille. Lopulliset tutkimustulokset raportoidaan ryhmätasolla eikä yksittäisten tutkittavien tunnistaminen ole mahdollista. Tutkimukseen liittyviä biologisia näytteitä voidaan analysoida nimettöminä myös Suomen ulkopuolella (EU-maat ja muut maat, joissa lainsäädäntö takaa riittävän yksityisyyden suojan). Tutkimustiedostoa ja tutkimuksen yhteydessä kerättyjä näytteitä säilytetään KYSin psykiatrian klinikan tutkimusarkistossa korkeintaan 20 vuotta tutkimuksen päättymisen jälkeen, jonka jälkeen ne hävitetään. Paperilla oleva aineisto hävitetään tunnistamattomaksi silppurin avulla.

### **Tutkimuksen kustannukset ja rahoitus**

Tutkimukseen osallistumisesta ei makseta palkkiota. Tutkimuskäynnit ja tutkimusvalmisteet ovat Teille ilmaisia. Lisäksi teille korvataan tutkimuskäynteihin liittyvät matkakulut joko julkisten kulkuvälineiden mukaan tai kilometrikorvauksina oman auton käytöstä.

Tutkimus rahoitetaan valtion tutkimusrahoituksella ja säätiöiden rahoituksella. Tutkijat toimivat työsuhteessa sairaalaan tai Itä-Suomen yliopistoon, tai ovat yliopiston tieteellisenjatkokoulutusta suorittavia tohtorikoulutettavia. Tutkijat eivät saa erillisiä korvauksia tutkimuksen tekemisestä.

### **Tutkittavien vakuutusturva**

Tutkittavien mahdolliset vahingot korvaa potilasvahinkovakuutus.

### **Tutkimustuloksista tiedottaminen**

Tutkimustuloksista kirjoitetut raportit julkaistaan kansainvälisissä, vertaisarviointia käyttävissä tieteellisissä lehdissä. Tutkimuksen henkilökohtaisista tuloksista ilmoitetaan Teille ainoastaan siinä tapauksessa, että löydöksillä katsotaan olevan Teille hoidollista merkitystä. Tutkituilla masennuksen biologisilla merkkitekijöillä (laskimoverinäytteestä tehtävät mittaukset) on kuitenkin toistaiseksi vain tieteellistä merkitystä. Niiden merkityksestä potilashoitoon ei ole riittävää tietoa, jotta niistä voitaisiin tehdä yksilötason hoitoratkaisuihin liittyviä päätelmiä. Halutessanne voitte pyytää tutkijoilta kopioita tutkimuksesta julkaistuista tieteellisistä raporteista. Näitä on todennäköisesti saatavilla tutkimuksen edettyä tietojen analyysivaiheeseen, eli vuodesta 2020 alkaen. Mikäli tutkimuksen sisältöön tulee Teidän osallistumiseen vaikuttavia muutoksia, näistä muutoksista tiedotetaan Teille erikseen.

### **Tutkimuksen päättyminen**

Tämä tutkimus päättyy osaltanne noin viisi vuotta ensimmäisen tutkimuskäyntinne jälkeen. Mikäli keskeytätte tutkimuksen aikaisemmin, keskeyttämiseen mennessä Teistä kerätyt tiedot ja tutkimusnäytteet käytetään osana tutkimusaineistoa. Tutkimukseen osallistuminen voidaan keskeyttää osaltanne myös aikaisemmin, mikäli Teillä havaitaan tutkimuskelpoisuuteenne vaikuttavia terveydellisiä ongelmia kuten esimerkiksi tutkimuksen kuluessa todettava kaksisuuntainen mielialahäiriö. Hoitoanne jatketaan vointinne mukaisesti, tavanomaisten hoitokäytäntöjen mukaisesti. Hoitonne ja tutkimus eivät siten liity toisiinsa.

Suostumuslomakkeessa voitte ilmoittaa mahdollisesta halukkuudestanne osallistua tuleviin, masennuksen syntymekanismeihin tai hoitoon liittyviin uusiin tutkimuksiin.

### **Lisätiedot**

Pyydämme Teitä tarvittaessa esittämään tutkimukseen liittyviä kysymyksiä tutkijalle tai tutkimuksesta vastaavalle henkilölle.

## Tutkijoiden yhteystiedot

### **Tutkimuksesta vastaava henkilö**

Professori, vastaava ylilääkäri  
Heimo Viinamäki  
KYS, Psykiatrian palveluyksikkö  
Puh. 044 717 2970  
Sposti: [heimo.viinamaki@kuh.fi](mailto:heimo.viinamaki@kuh.fi)

### **Tutkija**

Ravitsemusterapeutti, tutkija  
Anu Ruusunen  
KYS, Psykiatrian palveluyksikkö  
Puh. 044 717 9746  
Sposti: [anu.ruusunen@kuh.fi](mailto:anu.ruusunen@kuh.fi)

### **Tutkimushoitaja**

Ritva von Koch  
KYS, Psykiatrian palveluyksikkö  
p.044 717 4766  
Sposti; [ritva.vonkoch@kuh.fi](mailto:ritva.vonkoch@kuh.fi)