

**KOGNITIIVINEN HAAVOITTUVUUS, STRESSI JA  
SUOJAAVAT TEKIJÄT MASENNUKSESSA**

**Marika Tolvanen  
Pro gradu -tutkielma  
Psykologian laitos  
Jyväskylän yliopisto  
Kevät 2002**

JYVÄSKYLÄN YLIOPISTO  
Psykologian laitos  
PL 35  
40351 Jyväskylä

## TIIVISTELMÄ

Kognitiivinen haavoittuvuus, stressi ja suojaavat tekijät masennuksessa

Tekijä: Marika Tolvanen

Ohjaaja: Antero Toskala

Psykologian pro gradu -tutkielma

Jyväskylän yliopisto, psykologian laitos

Kevät 2002

32 sivua, 3 liitettä

Tutkimus on osa Terveystieteiden tutkimuskeskuksen 2000 -luvulle -hankkeen paikallista kehittämis- ja tutkimusprojektia. Tutkimuksen tarkoituksena oli tarkastella negatiivisen minäskeman, stressaavien elämäntapahtumien ja masennuksen välisiä yhteyksiä. Näiden yhteyksien tarkastelu perustui Beckin kognitiiviseen masennusteoriaan. Lisäksi tutkittiin sosiaalisen tuen, liikunnan ja fyysisen kunnan vaikutuksia masentuneisuuteen. Tutkimuksessa selvitettiin myös, toimivatko negatiivinen minäskema, sosiaalinen tuki, liikunta sekä fyysinen kunto kielteisten elämäntapahtumien ja masennuksen välistä suhdetta muuntavina tekijöinä. Teoreettisena viitekehystenä oli psykososiaalinen haavoittuvuus-stressi-voimavara -malli. Negatiivista minäskemaa tarkasteltiin haavoittavana tekijänä ja negatiivisia elämäntapahtumia stressitekijöinä. Sosiaalinen tuki, liikunta ja fyysinen kunto edustivat tässä tutkimuksessa yksilön voimavaroja. Tavoitteena oli myös kuvata, minkä vuoksi ihmiset itse arvioivat masentuvansa. Tutkimusaineisto koostui Kuopiolaisella terveysasemalla kuukauden aikana vuonna 2000 asioineista potilaista ( $n_1 = 336$ ), joita arvioitiin kyselylomakkeella sekä terveysasemalla että postikyselynä vuotta myöhemmin. Seurantakyselyyn osallistui noin puolet ( $n_2 = 169$ ) alkuperäisestä otoksesta. Naisia vastaajista oli molemmissa kyselyissä 63 % ja miehiä 37 %. Heidän keski-ikänsä oli ensimmäisessä kyselyssä 39 vuotta, jälkimmäisessä 42 vuotta. Runsaat 70 % ( $n_1 = 244$  ja  $n_2 = 122$ ) molempien masennuskyselyiden vastaajista ei osoittautunut masentuneiksi, eli vajaa 30 % ( $n_1 = 91$  ja  $n_2 = 41$ ) oli jonkin asteisesti masentunut. Tulokset osoittivat, että negatiivisen minäskeman yhteys masennukseen oli suora: vääristyneet minään liittyvät uskomukset liittyivät kohonneeseen masennukseen. Myös stressaavat elämäntapahtumat selittivät depressiota. Voimavaratekijöistä sosiaalinen tuki ja fyysinen kunto olivat tulosten mukaan samoin suorassa yhteydessä masennukseen siten, että riittävä sosiaalinen tuki ja hyväksi arvioitu fyysinen kunto liittyivät alhaiseen depressioniin. Vähäinen vapaa-ajan liikunnan harrastaminen ei sen sijaan suojannut masennukselta. Myöskään negatiivisen minäskeman ja voimavaratekijöiden muuntavaa vaikutusta stressin ja masennuksen välisessä suhteessa ei tullut esille. Tutkittavat selittivät masennustaan useimmiten äkillisillä kriiseillä ja elämäntapahtumilla sekä työhön ja toimeentuloon liittyvillä ongelmilla. Lisäksi ihmissuhteiden ongelmat ja ajatteluun liittyvät selitykset saivat runsaasti kannatusta. Tutkimuksen tulokset tukevat vääristyneiden ajatusten muuntamisen ja stressaavien elämäntapahtumien käsittelyn keskeisyyttä masennuksen hoidossa. Myös ihmisten omat näkemykset depression aiheuttajista tukevat tätä käsitystä ja viittaavat heidän valmiuksiinsa käsitellä näitä tekijöitä. Tutkimuksen valossa masennuksen hoidossa tulisi lisäksi huomioida sosiaalisen tuen ja fyysisen kunnan merkitys.

Avainsanat: negatiivinen minäskema, kielteiset elämäntapahtumat, masennus, suojaavat tekijät, masennuksen kausaaliattribuutiot

## SISÄLTÖ

<b>1 JOHDANTO</b> .....	<b>1</b>
<b>2 MENETELMÄ</b> .....	<b>8</b>
2.1 Tutkittavat .....	8
2.2 Aineiston keruu ja menetelmät.....	9
2.3 Aineiston tilastollinen käsittely.....	12
<b>3 TULOKSET</b> .....	<b>13</b>
3.1 Masennus, negatiivinen minäskeema, stressaavat elämäntapahtumat ja suojaavat tekijät taustatekijöiden mukaan.....	13
3.2 Haavoittuvuus- stressi- ja voimavaratekijöiden yhteydet masennukseen.....	17
3.2.1 Muuttujien väliset korrelaatiot .....	17
3.2.2 Masennuksen selittäjät.....	18
3.3 Masennuksen kausaaliattribuutiot taustamuuttujien suhteen ja niiden yhteydet toisiinsa .....	19
<b>4 POHDINTA</b> .....	<b>21</b>
<b>LÄHTEET</b> .....	<b>25</b>
<b>LIITTEET</b> .....	<b>33</b>

# 1 JOHDANTO

Tutkimus on osa Terveystieteiden tutkimuskeskuksen 2000-luvulle -hankkeeseen kuuluvaa kolmivuotista (1999-2001) Laatu ja vaikuttavuutta mielenterveyspalveluihin Kuopiossa -projektia. Tutkimus liittyy sen toiseen osaprojektiin ”Masennuksen laadukas hoito Kuopiossa”. Osaprojektin tavoitteena oli paikallisten, näyttöön perustuvien hoito- ja kuntoutusmallien kehittäminen ja soveltaminen aikuisväestön merkittävimpien mielenterveysongelmien tutkimukseen, hoitoon ja kuntoutukseen.

Masennus on Suomessa merkittävä ongelma, sillä yli 5 % väestöstä sairastaa kliinisesti merkityksellistä masennusta (Isometsä, Aro S. & Aro H., 1997; Lehtinen, Lindholm, Veijola & Väisänen, 1990). Sen sairastaa elämänsä aikana joka viides kansalainen, naiset useammin kuin miehet (Angst, 1992). Masennus heikentää usein työkykyä (Pylkkänen, Niskanen & Mikkonen, 1995; Viinamäki ym., 1998), ja tällä hetkellä se on Suomessa suurin yksittäinen työkyvyttömyyttä aiheuttava sairausryhmä (Viinamäki, 2001).

Depression keskeisiä piirteitä ovat DSM-IV -tautiluokituksen mukaan mielialan lasku ja mielihyvän menetys (American Psychiatric Association, 1994). Muita masennukselle tyypillisiä oireita ovat uupumus, itseluottamuksen menetys, syyllisyydentunne, itsetuhoisuus, keskittymiskyvyttömyys, unihäiriöt sekä ruokahalun ja painon muutokset (APA, 1994). Tautiluokitus jakaa vakavan masennustilan yksittäiseen ja uusiutuvaan jaksoon. Keskeiset diagnostiset alaryhmät ovat DSM-IV:n mukaan psykoottinen masennus, melankolinen depressio, epätyypillinen masennustila, synnytyksen jälkeinen masennustila, vuodenaikaan liittyvä masennustila ja pitkäaikainen masennustila (APA, 1994). Tässä yhteydessä masennuksen ja depression käsitteitä käytetään rinnakkain, ja niillä viitataan ainoastaan yksisuuntaisiin masennushäiriöihin. Masennuksen diagnostisia alaryhmiä ei erotella.

Tutkimuksessa käytetty *Psykososiaalinen viitekehys* on väljä ja monitekijäinen lähestymistapa, jota kutsutaan myös haavoittuvuus-stressi-voimavara -malliksi. Sen mukaan sairaus on seurausta stressitekijöistä, jotka pohjautuvat yksilön haavoittuvuudelle (Kopelowicz & Liberman 1998; Liberman, 1994). Kuten Hammen (1988) toteaa, merkittävästi stressaavinakaan pidetyt elämäntapahtumat eivät johda kaikkien ihmisten kohdalla masennukseen, ja ihmisten reaktiot stressaaviin tilanteisiin vaihtelevat suuresti lievistä lannistumisesta aina vakavaan depression saakka. Sairaudelle alttiisiin henkilöihin kohdistuvat kielteiset stressivaikutukset ovat psykososiaalisen mallin mukaan ehkäistävissä suojaavien tekijöiden avulla (Kopelowicz ym., 1998; Liberman, 1994). Mitä haavoittavat,

stressi- ja suojaavat tekijät kulloinkin ovat, tarkentuvat tutkimusaiheen ja näkökulman mukaan. Psykososiaalista lähestymistapaa käytetään etenkin lääketieteen piirissä sekä fyysisten että psyykkisten sairauksien hahmottamisessa.

*Beckin (1967, 1976) kognitiivista masennusteoriaa* voidaan pitää haavoittuvuusstressi -mallina (Alloy, Hartlage, Abramson, 1988). Tällöin negatiivinen minäskeema, joka koostuu menetyksen, hylkäämisen ja epäonnistumisen kokemuksista, toimii depressiolle altistavana tekijänä (Alloy, Clements & Kolden, 1985; Beck, Rush, Shaw & Emery, 1979). Beck ym. (1979) kirjoittaa lapsuuden kokemusten, mahdollisten traumaattisten tapahtumien muodostavan pohjan negatiivisen minäkäsityksen syntymiselle. Se voi olla latentti ja ihmiselle tiedostamaton, mutta aktivoituu alkuperäisiä kielteisiä kokemuksia vastaavien stressitekijöiden ilmetessä ja johtaa kognitiivisiin vääristymiin (Beck ym. 1979).

Beckin (1967,1976) mukaan depressiiviset ihmiset tekevät päätelmiä itsestään ja ympäristöstään epärealistisesti, liioitellen ja epäloogisesti. Heidän päättelyynsä sisältyy loogisia virheitä, kuten mielivaltaista päättelyä, valikoivaa yleistämistä, yliyleistämistä, suurentelua ja vähättelyä, personalisaatiota ja absoluuttista, dikotomista ajattelua. Beck (1967,1976) uskoo, että kognitiiviset vääristymät ovat suhteellisen automaattisia ja ei-tahdonalaisia depressogeenisen skemaattisen prosessoinnin tulosta. Hänen mukaansa negatiivinen minäskeema ja kognitiiviset vääristymät ylläpitävät kognitiivista triadia: ihmisen negatiivista tapaa tulkita itseään, kokemuksiaan ja tulevaisuuttaan. Ihminen uskoo olevansa arvoton ja kykenemätön vastaamaan ympäristön vaatimuksiin. Hän kuvittelee epäonnistuvansa ja odottaa, että vaikeudet ja kärsimykset jatkuvat myös tulevaisuudessa.

Aikaisemmat Beckin (1967, 1976) teoriaa koskevat haavoittuvuus-stressi -tutkimukset ovat tuottaneet ristiriitaisia tuloksia. Lukuisat tutkimukset eivät ole löytäneet negatiivisen minäskeeman ja kielteisten elämäntapahtumien vuorovaikutusta (Barnett & Gotlib, 1988; Persons & Rao, 1985; Robins, Block & Peselow, 1990; Smith, Boaz & Denney, 1984). Odotettu interaktio on saatu esille yhdessä poikkileikkaustutkimuksessa (Wise & Barnes, 1986) ja kahdessa pitkittäistutkimuksessa (Joiner, Metalsky, Lew & Klocek, 1999; Kwon & Oie, 1994). Kirjavien tutkimustulosten on arveltu kertovan tutkimusten välisistä käsitteellisistä ja metodologisista eroista (Brown, Hammen, Craske & Wickens, 1995). Suomessa ilmiötä ei ole aikaisemmin Beckin masennusteoriaan perustuvan kognitiivisen terapian suosiosta huolimatta tutkittu.

Beck lähestyy depressiota *skeeman* käsitteen kautta. Skeema (kreik. skhema = kuvio) tarkoittaa abstraktia tietorakennetta, jossa muistettavan asiatyypin elementtien järjestys on

kuvautuneena. Ihminen painaa mieleensä asiat skemaattisessa muodossa, mutta todennäköisesti unohtaa yksityiskohdat ja käyttää oppimansa asioiden yleistä, skemaattista rakennetta hyväkseen asian palautusvaiheessa (Mandler, 1985). Vaikka kognitiiviset psykologit ovat määritelleet ”skeemaa” monella tavoin (Hastie, 1980), punaisena lankana kaikissa määritelmässä on ajatus skeemasta aikaisemman tiedon organisoituna representaationa, joka ohjaa informaation nykyistä prosessointia (Alloy ym., 1988). Vaikka skeemat auttavat meitä havaitsemaan olennaisen kohtaamastamme ärsyketulvasta, ne myös vääristävät havaintojamme. Skeeman kanssa epäjohdonmukaista informaatiota ei huomata, tai se unohtetaan helposti; joitakin tiedon aineksia saatetaan taas muovata skeemaan sopivaksi (mm. Owens, Bower & Black, 1979).

Segalin (1988) mukaan *negatiivinen minäskeema* on organisoitu minärakenne, joka koostuu toisiinsa yhteydessä olevista negatiivisista rakenteista. Yhden tällaisen rakenteen aktivoituminen leviää toisiin kielteisiin rakenteisiin, mikä synnyttää elämyksellisen kokemuksen kielteisestä minästä. Kun tämän aktivaation vaikutukset pääsevät tietoisuuteen asti, ne voivat olla hyvin intrusiivisia ja häiritseviä sen hetkisen informaation prosessoinnin kannalta (Goldfried & Robins, 1983; Guidano & Liotti, 1983; Kovacs & Beck, 1978).

Minäskeemalla tarkoitetaan eri asioita riippuen mm. siitä, minkä tasoista minän representaatioista on kyse (Karila, 1991). Kellyn (1955) väittämän mukaisesti minäskeema on ydinrakenne, ja siten muita rakenteita tärkeämpi ja keskeisempi. Se säätelee ihmisen jatkuvuuden tunnetta ja identiteetin säilymistä. Samalla erilaiset rajoittuneisuudet tai vääristymät paljastuvat siinä herkästi (Neimeyer, Klein, Gurman & Gries, 1983; Neimeyer 1985). Markus (1977) määritteli minäskeeman välittömään tietoisuuteen perustuvaksi, yleistyneeksi tiedoksi itsestä. Se perustuu henkilön aiempiin kokemuksiin ja organisoii ja suuntaa hänen sosiaalisia kokemuksiaan.

Beckin (1967,1976) depressioalttius-oletuksesta on esitetty monta erilaista näkemystä: skeema on nähty pysyvänä depressioalttiutena, tilannespesifinä depressionalttiutena ja aktivoitumisherkkyytenä (Stiles & Götestam, 1988). Ensimmäisen näkemyksen mukaan masennusskeema on suhteellisen pysyvä. Skeema tilannespesifinä depressioalttiutena tarkoittaa oletusta, että masennus puhkeaa vain, jos stressaava tilanne vastaa sisällöllisesti masennusskeemaa. Skeema aktivoitumisherkkyytenä viittaa oletukseen, että masentunut mieliala aktivoi depressioskeeman. Karila (1991) arvelee Beckin depressionalttius-hypoteesista johdettujen eri versioiden ja kirjaviiden tutkimustulosten kertovan siitä, että masen-

nukseen taipuvaisten ihmisten skeemat todennäköisesti vaihtelevat kompleksisuudeltaan ja laajuudeltaan.

Beck (1982) jakaa masennusalttiit henkilöt minäskeeman perusteella kahteen ryhmään. Toisen ryhmän depressioalttiit henkilöt masentuvat tämän käsityksen mukaan ihmissuhteisiin liittyvistä syistä, heille toisten ihmisten miellyttäminen on erityisen tärkeää. Toinen masennusalttiiden ryhmä muodostuu täydellisyyttä tavoittelevista ihmisistä, joille suorituksissa, pikemmin kuin ihmissuhteissa, epäonnistuminen johtaa masennukseen. Tutkimukset ovat osin vahvistaneet olettamusta (Hammen, Marks, de Mayo, Mayol, 1985; Robins, Hayes, Block & Kramer, 1995; Zuroff & Monograin, 1987). Toisaalta väitettä erillisistä, itsenäisistä minäskeemarakenteista on vahvasti kyseenalaistettu (mm. Coyne & Whiffen, 1995).

Depressiomallinsa *stressikomponentista* Beck ym. (1979) toteaa vain, että negatiivisen minäskeeman ja stressitekijän tulee olla sisällöllisesti yhteneväiset, jotta masennus laukeaa. Esimerkiksi avioero voi aktivoida lapsena koetun hylkäämisen ja menetyksen kokemuksen ja synnyttää masennusta. Alloy ym. (1988) pitääkin kognitiivisia depressioteorioita epämääräisinä stressitekijän suhteen. Useat tutkimukset viittaavat siihen, että negatiiviset elämäntapahtumat ovat vahvemmin yhteydessä masennukseen kuin positiiviset elämäntapahtumat (ks. Alloy ym., 1988). Muutos sinänsä ei siten vaikuta olevan keskeisin stressin aiheuttaja. Beckin (1967, 1976) mallia koskevissa tutkimuksissa stressi on yleensä määritelty kielteisiksi elämäntapahtumiksi.

Toisiin ihmisiin tukeutuminen ja liikunnan harrastaminen ovat keinoja, joiden avulla lähes jokainen voi suojautua stressiä vastaan ja siten itse ehkäistä ja hoitaa masennustaan. Ne ovat tärkeitä voimavaroja etenkin niiden ihmisten kohdalla, jotka eivät tahdo hakeutua hoitoon (Kessler ym., 1994) tai eivät syystä tai toisesta hyödy perinteisistä psyko- tai lääketerapioista (O`neal, Dunn & Martinsen, 2000).

*Sosiaalisen tuen* käsitteestä ja vaikutusmekanismista ei ole saatu aikaan yhtenäistä määritelmää (Barrera, 1986; Cohen & Wills, 1985; Heller, Swindle & Dusenbury, 1986). Monet määritelmät kuitenkin korostavat sosiaalisen tuen vuorovaikutuksellista luonnetta (House, Umberson & Landis, 1988) sekä sen suojaavaa roolia negatiivisia vaikutuksia vastaan (Cobb, 1976; Cohen ym., 1985). Sosiaalisen tuen on todettu vaikuttavan hyvinvointia lisäävästi sekä suoraan että ns. yhdysvaikutuksen kautta (Cohen ym., 1985). Suora vaikutus viittaa sosiaalisen tuen myönteisiin vaikutuksiin riippumatta siitä, kokeeko yksilö

stressiä vai ei. Yhdysvaikutus tarkoittaa myönteisten vaikutusten ilmenemistä nimenomaan stressin vallitessa.

Sosiaalisen tuen lähteinä voivat toimia mm. perhe, ystävät, työtoverit tai jokin järjestö. Tässä tutkimuksessa ei tarkemmin eroteltu sosiaalisen tuen lähteitä, vaan sosiaalista tukea tarkasteltiin yhtenä tekijänä. Sosiaalinen tuki voidaan jakaa rakenteen eli olemassa olevien ihmissuhteiden lisäksi funktion eli sosiaalisen tuen sisällön ja tehtävien perusteella. Se tehdään usein neljään dimensioon: emotionaaliseen, välineelliseen, tiedolliseen ja arviointitukeen (Cohen ym., 1985). Vaikka sosiaalisen tuen funktioita voidaan käsitteellisesti erotella toisistaan, luonnollisessa ympäristössä ne eivät ole yleensä toisistaan riippumattomia (Norbeck & Tilden, 1983; Schaefer, Coyne & Lazarus, 1981).

Havaitun sosiaalisen tuen ja psyykkisen hyvinvoinnin positiivinen yhteys on hyvin dokumentoitu (mm. Cohen & Wills, 1985; Heller ym., 1986). Havaittu sosiaalinen tuki viittaa ihmisten välisiin eroihin sosiaalisen tuen arvioimisessa. Sen on todettu olevan hyvin vähän yhteydessä tekoina ja käyttäytymisenä ilmenevään sosiaaliseen tukeen (Barrera, 1986; Heller & Lakey, 1985; Heller, Swindle & Dusenbury, 1986; Wetherington & Kessler, 1986). Vaikuttaa siltä, että vain osa havaitusta sosiaalista tuesta voidaan selittää toisten ihmisten supportiivisella käyttäytymisellä (Lakey & Bennet Cassady, 1990). Lakey ja Bennet Cassady (1990) ovat tähän liittyen esittäneet, että havaittu sosiaalinen tuki toimii kognitiivisena persoonallisuuden muuttujana, skeemana, missä pysyvät organisoidut uskomukset ihmissuhteiden laadusta johtavat vääristyneisiin sosiaalisten interaktioiden tulkintoihin ja muistamiseen. Näkemys on lähellä Beckin (1967, 1976) kognitiivista depressiveiteoriaa: vähäiseksi havaittu sosiaalinen tuki on hahmotettavissa osana negatiivista käsitystä maailmasta, joka on yksi elementti Beckin kognitiivista triadissa (Lakey ym., 1990).

Ikosen (1994) mukaan *liikunta*-termi on Suomen kielessä hallitsevassa asemassa muihin fyysistä toimintaa kuvaaviin käsitteisiin nähden. Se kattaa käsitteellisesti sekä fyysisen aktiivisuuden että muun liikunnan. Fyysisellä aktiivisuudella tarkoitetaan tahdonalaisella lihaksistolla aikaansaattua liikkumista, joka kuluttaa energiaa ja on positiivisessa yhteydessä fyysiseen kuntoon (Caspersen, Powell & Christenson, 1985). Liikunta-käsitteen käyttöä on suositeltu myös tarkasteltaessa vapaa-aikana tapahtuvaa, harrastuksen luonteista fyysistä aktiivisuutta (Bouchard, Shephard, Stephens, Sutton & McPerson, 1990; Telama, Vuolle & Laakso, 1986). Liikuntaharrastus viittaa lähinnä vapaa-aikana tapahtuvaan omaehtoiseen fyysiseen aktiivisuuteen, jolle on ominaista kiinnostus itse liikuntaan ja sen fysiologisiin, psykologisiin ja sosiaalisiin seuraamuksiin (Telama ym., 1986).



*Fyysinen kunto* tarkoittaa laajassa mielessä elimistön toimintakykyä (Nupponen & Mälkiä, 1986). Caspersenin ym. (1985) mukaan kysymys on yksilön olemassa olevista tai saavutettavista ominaisuuksista, jotka mahdollistavat fyysisen aktiivisuuden.

Lukuisat tutkimukset ovat osoittaneet, että liikunta voi alentaa riskiä sairastua masennukseen ja vähentää lievää ja kohtalaista masennusta (ks. O`Neal ym., 2000; Dunn, Trivedi & O`Neal, 2001; International Society of Sport Psychology, 1992). Se on osoittautunut myös toimivaksi oheishoidoksi vakavasti masentuneiden kohdalla (O`Neal ym., 2000; ISSP, 1992). Liikunnan ja fyysisen kunnan on myös todettu muuntavan stressin ja psyykkisen hyvinvoinnin välistä suhdetta siten, että säännöllisesti liikuntaa harrastava, hyväkuntoinen henkilö on vähemmän altis stressin aikaansaamille terveyshaitoille kuten masennukselle kuin huonokuntoinen tai ei lainkaan liikuntaa harrastava (Brown, 1991; Brown & Lawton, 1986; Brown & Siegel, 1988).

Useat tutkimukset (mm. Furnham & Thomson, 1996) viittaavat siihen, että masennusta koskevat erot tieteellisten ja maallikkoteorioiden välillä ovat aikaisemmin ajateltua pienempiä. Tämän vuoksi kuvaan tutkimuksessani myös vastaajien *kausaaliattribuutioita* eli syyselityksiä heidän omista masennuskokemuksistaan. Attribuutio-käsitettä käytetään kirjavasti tutkimuksen näkökulmasta riippuen (Weiner, 1990). Yleensä attribuutioilla kuitenkin tarkoitetaan niitä tapoja, joilla selitämme ja arvioimme omaa sekä toisten käyttäytymistä (Miller, 1995). Ihmisten tarve selittää ilmiöitä johtuu Hewstonen (1983) mukaan halusta tehdä maailma ymmärrettäväksi ja ennustettavaksi, omanarvontunnon vahvistamisesta ja oikeuttamisesta sekä hyväksynnän saamisesta ja hämmennyksen välttämisestä.

Mielisairauksien kausaaliattribuutioista on tehty lukuisia erilaisia jaotteluja (Durkin, 1964; Furnham & Kuyken, 1991; Kangas, 1991; Rätty, 1998; Selby, Calhoun & Johnson, 1977; Tontti, 2001). Huomion arvoista kuitenkin on, että näissä tutkimuksissa on tarkasteltu tutkittujen havaintoja toisten ihmisten mielenterveysongelmista Kangaksen (1991) ja Tontin (2001) tutkimusta lukuun ottamatta. Vaikka ihmisiä motivoikin syy ja seuraus -suhteiden mahdollisimman ”realistinen” ymmärtäminen, niin Tontin (2001) mukaan attribuimme helposti ”virheellisesti” tai ”ennakkoluuloisesti” oman minäkuvamme, mielialamme ja itsetuntonemme pitimiksi. Hän tuo myös esille, että syyselitykset antavat viitteitä siitä, millaisia keinoja pidetään järkevinä ratkaisuin. Ratkaisujen ja hoitojen keksiminen on taas samalla ongelmien syiden määrittelyä ja toimivat ratkaisut niiden syihin suoraan tai epäsuorasti puuttumista (Furnham & Akande, 1997).

Tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää negatiivisen minäskeeman, stressaavien elämäntapahtumien, ja masennuksen välisiä yhteyksiä. Näiden yhteyksien tarkastelu perustui Beckin (1967, 1976) kognitiiviseen masennusteoriaan. Lisäksi pyrittiin selvittämään sosiaalisen tuen, liikunnan ja fyysisen kunnan vaikutuksia masentuneisuuteen. Teoreettisena viitekehyksenä oli psykososiaalinen haavoittuvuus-stressi-voimavara -malli. Negatiivista minäskeemaa tarkasteltiin haavoittavana tekijänä ja negatiivisia elämäntapahtumia stressitekijöinä. Sosiaalinen tuki, liikunta ja fyysinen kunto edustivat tässä tutkimuksessa yksilön voimavaroja. Tavoitteena oli myös kuvata, minkä vuoksi ihmiset itse arvioivat masentuvansa.

Tutkimuksella haettiin vastauksia seuraaviin kysymyksiin:

- (1) Missä määrin stressaavat elämäntapahtumat ja negatiivinen minäskeema ovat yhteydessä masennukseen?
- (2) Muuntaako negatiivinen minäskeema stressaavien elämäntapahtumien ja masennuksen välistä suhdetta?
- (3) Missä määrin sosiaalinen tuki, liikunta ja fyysinen kunto ovat yhteydessä masennukseen?
- (4) Muuntaako sosiaalisen tuen määrä, liikunta ja fyysinen kunto stressaavien elämäntapahtumien ja masennuksen välistä suhdetta?
- (5) Millaisia kausaaliattribuutioita ihmisillä on masennuskokemuksistaan?

## 2 MENETELMÄ

### 2.1 Tutkittavat

Kuopion sosiaali- ja terveystalokeskuksen aikuisten mielenterveyspalvelut ja Kuopion yliopistollisen sairaalan psykiatrian klinikka kartoittivat Masennuksen laadukas hoito Kuopiossa -projektiin liittyen masennuksen esiintymistä terveyskeskuslääkäreiden vastaanotolle tulevien keskuudessa. Kartoitus toteutettiin siten, että kaikki 336 Jynkän ja Pyörön terveysasemalla aikavälillä 20.11. - 22.12.2000 käyneet potilaat täyttivät masennuskyselyn vastaanotolle tulon syystä riippumatta. Erikoissairaanhoidaja jakoi lomakkeet, avusti tarvittaessa sen täyttämässä ja kirjasi kyselyn tuloksen ennen vastaanotolle menoa. Vastaanotolla lääkäri tarkisti kyselyn tuloksen ja tutki tarvittaessa tarkemmin mahdollisen masennuksen esiintymistä. Vastaajilta pyydettiin suullisesti lupa ottaa heihin tutkimukseen liittyen yhteyttä.

Tutkittaville lähetettiin heinäkuussa 2001 kysely, ja siitä muutaman viikon kuluttua vastaamatta jättäneille muistutuskirje, jonka mukana postitettiin uudestaan sama lomake. Seurantakyselyyn vastasi yhteensä 169 henkilöä, eli noin puolet alkuperäisestä otoksesta.

Taulukkoon 1 on koottu tutkittavien taustatiedot. Ensimmäisessä kyselyssä tiedusteltiin taustatiedoista ainoastaan sukupuolta ja ikää. Molempiin kyselyihin osallistuneista naisia oli 63 % ja miehiä 37 %. Tutkittavien ikä vaihteli ensimmäisessä kyselyssä 16:sta 81 vuoteen ja jälkimmäisessä kartoituksessa 19:n ja 64 vuoden välillä. Vastaajien keski-ikä oli alkuperäisessä otoksessa 39 vuotta ja seurantaan osallistuneilla 42 vuotta. Ikäluokista suurin ryhmä oli sekä ensimmäisessä (32 %) että toisessa (26 %) kyselyssä 16 - 29-vuotiaat. Seurantakartoitukseen osallistuneista suurin osa (62 %) oli naimisissa tai avoliitossa. Koulutuksena jälkimmäisen kyselyyn vastaajilla oli useimmiten ammatillinen koulu (32 %), ammatillinen opisto (25 %) tai ei mitään peruskoulun jälkeistä koulutusta (26 %). Seurantakyselyn tutkittavat olivat pääosin palkansaajia (30 %), työttömiä tai lomautettuja (29 %) ja eläkkeellä olevia (25 %).

TAULUKKO 1. Tutkittavien taustatiedot

Taustatekijä	Ensimmäiseen kyselyyn osallistuneet		Jälkimmäiseen kyselyyn osallistuneet	
	f	%	f	%
<b>Sukupuoli</b>				
Nainen	211	62.8	107	63.3
Mies	125	37.2	62	36.7
<b>Ikä</b>				
16-29	109	32.3	43	25.7
30-39	84	24.9	38	22.8
40-49	53	15.7	28	16.8
50-59	60	17.8	35	21.0
60-81	32	9.5	23	13.8
<b>Siviilisäätty</b>				
Naimaton			25	14.8
Naimisissa tai avoliitossa			105	62.1
Asumuserossa tai eronnut			34	20.1
Leski			5	1.5
<b>Ammatillinen koulutus</b>				
Työllisyys- tai ammatillinen kurssi			17	10.2
Ammatillinen koulu			54	32.3
Ammatillinen opisto			42	25.1
Korkeakoulututkinto			11	6.6
Ei mikään edellä mainituista			43	25.7
<b>Ammattiasema</b>				
Palkansaaja			50	29.8
Yrittäjä tai maanviljelijä			7	4.2
Työtön tai lomautettu			38	28.6
Opiskelija			8	4.8
Eläkkeellä			42	25.0
Hoitaa omaa kotitaloutta tai on vanhempainlomalla tai hoitovapaalla			15	8.9
Muu			8	4.8

## 2.2 Aineiston keruu ja menetelmät

Aineisto kerättiin Kuopiossa Jynkän ja Pyörön terveysasemalla marras - joulukuussa 2000 ja postikyselynä heinäkuussa 2001. Ensimmäisen kyselyn palautus tapahtui suoraan lääkärille ja jälkimmäisen postitse nimettömänä suoraan tutkijalle. Ensimmäisessä kyselylo-

makkeessa kartoitettiin ainoastaan masennusta. Toisen kyselyn (liite 1) pääsisältöluokat olivat taustatietojen ja masennuksen lisäksi dysfunktionaaliset ajatukset, kielteiset elämäntapahtumat, sosiaalinen tuki, liikunta, fyysinen kunto ja masennuksen kausaaliattribuutit.

*Masennusta* arvioitiin molemmissa kyselyissä Beck Depression Inventory (BDI) -masennusasteikolla (Beck, Ward, Mendelson, Mock & Erbaugh, 1961). BDI koostuu 21 kysymyksestä, jossa kussakin on 4 - 6 vaihtoehtoa. Masennusoireen vaikeusaste vaihtelee 0 - 3. Koko BDI:n pistemäärä vaihtelee 0 - 63 pistettä. Isoissa otoksissa sen keskiarvo on 4 - 6 pistettä (Karila, 1991). Pistemäärä 0 - 9 merkitsee normaalia mielialaa, 10 - 18 lievää masennusta, 19 - 29 kohtalaista masennusta ja 30 - 63 vaikeaa masennusta.

Itsetäytettävän asteikon antama arvio masennuksesta ei ole yhtä luotettava kuin diagnostinen haastattelu, mutta Beckin depressioasteikko on runsaasti käytetty, ja sen reliabiliteetti ja validiteetti on tutkittu varsin tarkkaan erilaisissa aineistoissa (Varjonen, Romanov, Kaprio, Heikkilä & Koskenvuo, 1997; Beck, Steer, & Garbin, 1988; Lasa, Ayuso-Mateos, Vasquez-Barquero, Diez-Manrique & Dowrick, 2000).

*Negatiivista minäskeemaa* tutkittiin Weissmanin (1980) kehittämän Dysfunctional Attitude Scale (DAS) -kyselylomakkeen avulla. Sen sisältämät minään liittyviä negatiivisia uskomuksia koskevat väittämät ovat Beckin ym. (1979) teoreettisen käsitteen, pysyvän masennusalttiuden indikaattoreita. DAS on yleisimmin käytetty kysely Beckin (1979) kognitiivisen masennusmallin negatiivista minäskeemaa koskevissa tutkimuksissa. Tutkimuksessa käytetty DAS-A (Dysfunctional Attitude Scale, Form A) sisältää 40 väittämää. Vastaaaja arvioi 7 - portaisella asteikolla, onko hän samaa vai eri mieltä väittämästä, esimerkiksi ”arvoni ihmisenä riippuu paljolti siitä, mitä muut minusta ajattelevat”. Käsikirjan lomake perustuu 100 - osioiseen lomakkeeseen, josta on saatu faktoroidulla seitsemän perususkomusta: hyväksyntä, pitäminen, suoriutuminen, täydellisyyteen pyrkiminen, leimaaminen, kaikkivoipaisuus ja riippumattomuus (Weissman, 1980). Summapistemäärän vaihteluväli on 40 - 280 pistettä. Normaaliväestössä DAS:n summapistemäärä on noin 110 - 120 pistettä, suomalaisotoksessa jonkin verran matalampi (Karila, 1991). Reliabiliteetin on arvioitu vaihtelevan välillä  $-.79 - .93$  (Dobson & Breiter, 1983; Weissman, 1980).

*Kielteisiä elämäntapahtumia* arvioitiin Sarasonin, Johnsonin ja Siegelin (1978) kehittämän Life Experience Survey (LES) -kyselylomakkeen avulla. Se mittaa elämänmuutoksiin liittyvää stressiä yhden vuoden ajalta. Kyselylomake sisältää listan tapahtumia, jotka ainakin jossain määrin ovat väestössä yleisiä. Siinä vastaaja voi arvioida kunkin ta-

pahtuman miellyttävyyttä tai epämiellyttävyyttä sekä tapahtuman vaikutuksen suuruutta. Asteikko on seitsemänportainen erittäin kielteisestä (-3) erittäin positiiviseen (+3). Tutkimuksessa käytetty suomalainen versio (Talo, 1992) sisältää 32 osiota LES:n alkuperäisestä 42 osiosta. Sen minimi summapistemäärä on 0 ja maksimi 108 (positiivinen tai negatiivinen). Sarasonin ym. (1978) mukaan LES on kohtalaisen luotettava mittari erityisesti negatiivisen ja kokonaispistemäärän osalta.

*Suojaavia tekijöitä* kartoitettiin yhteensä kolmen kysymyksen avulla. Suojaavien tekijöiden kohdalla yksittäisten kysymysten käyttämiseen valmiiden lomakkeiden sijaan päädyttiin sen vuoksi, että kokonaiskysely olisi muodostunut muutoin pituudeltaan rasakaaksi täyttää, mikä olisi puolestaan suurentanut vastauskatoa.

*Sosiaalista tukea* selvitettiin pyytämällä vastaajaa arvioimaan saamansa sosiaalisen tuen riittävyttä, joka on osa havaitun sosiaalisen tuen käsitettä (Barrera, 1986). Tutkittavalta kysyttiin ”Saatteko mielestänne riittävästi ymmärrystä ja tukea ongelmiinne lähimiltä ihmisiltänne?” (1 = saan aivan riittävästi, 2 = saan melko riittävästi, 3 = en saa yleensä riittävästi, 4 = minulla ei ole ketään läheistä). Kysymystä voidaan pitää globaalina, funktionaalisen sosiaalisen tuen indikaattorina eli sosiaalisen tuen eri sisältöjä yhdistävänä mittarina (Cohen ym., 1985).

Vapaa-ajan *liikuntaa* kartoitettiin tiedustelemalla tutkittavalta hänen harrastamansa vapaa-ajan liikunnan frekvenssiä ja kestoa. Vastaajalta kysyttiin ”Kuinka usein tavallisesti harrastatte vapaa-ajan liikuntaa niin, että ainakin lievästi hengästytte ja hikoilette?” (0 = päivittäin, 1 = 4 - 6 kertaa viikossa, 2 = 2 - 3 kertaa viikossa, 4 = harvemmin kuin kerran viikossa, 5 = en voi vammaan tai sairauden vuoksi harrastaa liikuntaa). Liikunnan kestoa ilmensi kysymys ”Kauanko harrastatte yleensä vapaa-ajan liikuntaa kerrallaan?” (0 = alle 15 minuuttia, 1 = 15 - 30 minuuttia, 2 = 30 - 45 minuuttia, 3 = 45 - 60 minuuttia, 4 = yli tunnin).

Tutkittavan omaa arviota ruumiillisesta kunnostaan eli *koettua fyysistä kuntoa* selvitettiin pyytämällä häntä vastaamaan kysymykseen ”Millaiseksi yleisesti ottaen arvioitte nykyisen fyysisen kuntonne?” (0 = erinomaiseksi, 4 = heikoksi).

Vastaajan *masennuksen kausaaliattribuutioita* kartoitettiin kysymyksellä ”Kun tunnette tai olette tunteneet itsenne masentuneeksi, mitkä tekijät mielestänne aiheuttavat tai ovat aiheuttaneet masennusta juuri teidän kohdallanne?” 12 vastausvaihtoehtoa muodostettiin yhdistämällä aikaisemmissa masennuksen syyselityksiä koskevissa tutkimuksissa (Cumming, 1957; Durkin, 1964; Furnham ym., 1991; Kangas, 1991; Rätty, 1988; Selby

ym., 1977; Tontti, 2001) saatuja luokitteluja. Tutkittavaa pyydettiin vastaamaan jokaisen vaihtoehdon (esim. lapsuuteen ja kasvatukseen liittyvät tekijät) kohdalla, onko kyseinen tekijä hänen mielestään ollut vaikuttamassa masennuksen syntyyn vai ei. Lisäksi tutkittavan oli avoimen vastausvaihtoehdon avulla mahdollista halutessaan tuoda esille listan ulkopuolella oleva masennuksen syyselitys.

### 2.3 Aineiston tilastollinen käsittely

Tutkimusaineistoa kuvattiin yksittäisten muuttujien tasolla frekvenssijakaumien, keskiarvojen ja mediaanien avulla. Tutkittujen muuttujien välisiä eroja taustamuuttujien suhteen tarkasteltiin jakaumien vinouden vuoksi epäparametrisilla testeillä. Sukupuolten välisiä eroja tarkasteltiin Mann-Whitneyn testillä. Muiden taustamuuttujien (yli kaksi ryhmää) välisiä eroja testattiin Kruskal-Wallisin yksisuuntaisella varianssianalyysillä. Keskiarvojen monivertailut tehtiin Mann-Whitneyn testillä.

Haavoittuvuus-stressi-voimavara -tekijöitä kuvaavien muuttujien välisiä yhteyksiä tarkasteltiin aluksi korrelaatioanalyysillä (Pearsonin korrelaatiokerroin). Masennusta selittäviä tekijöitä selvitettiin hierarkkisen regressioanalyysin avulla. Lisäksi hierarkkisella regressioanalyysillä tutkittiin negatiivisen minäskeman, sosiaalisen tuen, liikunnan ja fyysisen kunnon moderaattorivaikutuksia stressaavien elämäntapahtumien ja masennuksen välillä. Regressioanalyysia on pidetty sopivimpana tilastollisena menetelmänä Beckin kognitiivista masennusmallia koskevissa tutkimuksissa, koska se kontrolloi ulkopuoliset muutujat ja sopii siten monitekijäisen, sekä suorita että moderaattorivaikutuksia sisältävän teorian tutkimiseen (mm. Persons ym., 1985).

Masennuksen kausaaliattribuutioita kuvailtiin frekvenssien avulla. Taustamuuttujien suhteen niitä tarkasteltiin  $\chi^2$  -riippumattomuustestillä. Koska depression syyselitysten voidaan olettaa olevan osittain päällekkäisiä, selvitettiin niiden yhteyksiä toisiinsa Pearsonin korrelaatiokertoimien avulla.

### 3 TULOKSET

#### 3.1 Masennus, negatiivinen minäskeema, stressaavat elämäntapahtumat ja suojaavat tekijät taustatekijöiden mukaan

Runsaat 70 % molempien masennuskyselyiden vastaajista ei osoittautunut masentuneiksi, eli vajaa 30 % tutkituista oli jonkin asteisesti (BDI yli 9 pistettä) masentunut (taulukko 2). Tulokset ovat samansuuntaiset kuin toisessa, vuonna 1998 pohjoissavolaisilla tehdyssä kartoituksessa (Viinamäki ym, 2001), jossa viidesosa satunnaisotannalla väestörekisteristä poimituista tutkituista oli BDI:n mukaan ainakin lievästi masentunut.

TAULUKKO 2. Eri asteisesti masentuneiden osuudet aineistossa

Masennuksen aste	vaihteluväli	BDI1		BDI2	
		f	%	f	%
Normaali	0-9	244	72.8	122	74.8
Lievä	10-18	58	17.3	25	15.3
Kohtalainen	19-29	27	8.1	10	6.1
Vakava	30-63	6	1.8	6	3.7

Haavoittuvuus-stressi-voimavara -tekijöitä kuvaavia muuttujia tarkasteltiin aluksi niitä kuvaavien keskiarvojen ja mediaanien pohjalta, jotka näkyvät taulukoissa 3 ja 4. DAS:n keskiarvo noudattaa aikaisemmassa suomalaisessa tutkimuksessa (Karila, 1991) saatuja tuloksia. LES:n keskiarvo on hieman Talon (1992) tutkimuksessa saatuja arvoja suurempi.

TAULUKKO 3. Depression, negatiivisten elämäntapahtumien ja dysfunktionaalisten ajatusten summamuuttujien vaihteluvälit, keskiarvot, mediaanit ja keskihajonnat

Muuttujat	vaihteluväli	ka	md	s
BDI1	0-63	7.24	5,00	8.09
BDI2	0-63	6.91	4.00	8.39
LES(-)	0-(-108)	-5.92	-3.00	8.42
DAS	40-280	114.38	106.00	36.98



TAULUKKO 4. Sosiaalisen tuen, liikunnan frekvenssin, -keston ja koetun fyysisen kunnon vaihteluvälit, keskiarvot ja keskihajonnat

Muuttujat	vaihteluväli	ka	s
Sosiaalinen tuki	1-4	1.67	75
Liikunnan frekvenssi	0-5	2.04	1.26
Liikunnan kesto	0-4	2.11	1.10
Koettu fyysinen kunto	0-5	1.97	.95

Taulukoista 5 - 8 selviää, kuinka tyytyväisiä vastaajat olivat saamaansa sosiaaliseen tukeen, kuinka usein ja pitkään he harrastivat liikuntaa ja minkä tasoisiksi he arvioivat fyysisen kuntosaa. 49 % tutkituista koki saavansa riittävästi sosiaalista tukea. Ainoastaan 15 % piti saamaansa sosiaalista tukea riittämättömänä. Liikunnan frekvenssit jakautuivat tasaisesti - ihmiset harrastivat vapaa-ajan liikuntaa vaihtelevia määriä viikossa. Yleisimmin liikuntaa kuitenkin harrastettiin 2 - 3 kertaa viikossa (30 %), 30 - 45 minuuttia kerrallaan (36 %), mikä vastaa aiempia suomalaisia liikuntakartoituksia (ks. Ikonen, 1991). 47 % vastaajista koki kuntosaa keskinkertaiseksi. Vain yhteensä alle 10 % tutkituista arvioi kuntosaa erinomaiseksi (3 %) tai heikoksi (6 %). Tulokset tukevat aikaisempia suomalaisia tutkimuksia (ks. Hassinen & Komulainen, 2001).

TAULUKKO 5. Sosiaalisen tuen frekvenssit

	f	%
Saan aivan riittävästi	78	49.1
Saan melko riittävästi	56	35.2
En saa yleensä riittävästi	24	15.1
Minulla ei ole ketään läheistä	1	0.6

TAULUKKO 6. Liikunnan frekvenssin frekvenssit

	f	%
Päivittäin	18	11.5
4-6 kertaa viikossa	38	24.2
2-3 kertaa viikossa	47	29.9
Kerran viikossa	31	19.7
Harvemmin kuin kerran viikossa	20	12.7
En voi vamman tai sairauden vuoksi harrastaa liikuntaa	3	1.9

TAULUKKO 7. Liikunnan keston frekvenssit

	f	%
Alle 15 minuuttia	8	5.1
15-30 minuuttia	40	25.5
30-45 minuuttia	57	36.3
45-60 minuuttia	30	19.1
Yli tunnin	22	14.0

TAULUKKO 8. Koetun kunnan frekvenssit

	f	%
Erinomaiseksi	5	3.1
Hyväksi	44	27.5
Keskinkertaiseksi	75	46.9
Keskinkertaista heikommaksi	25	15.6
Heikoksi	9	5.6
En osaa sanoa	2	1.3

Ensimmäisessä masennuskyselyssä *sukupuolten* välillä ei ollut merkitsevää eroa, jälkimmäisessä kartoituksessa sukupuolten välinen ero oli tilastollisesti melkein merkitsevä. Miehet olivat naisia masentuneempia (taulukko 1, liite 2), mikä on päinvastainen tulos kuin tutkimuksissa yleensä. Negatiivista minäskeemaa kuvaavissa dysfunktionaalisissa ajatuksissa, kielteisissä elämäntapahtumissa ja suojaavissa tekijöissä ei esiintynyt eroja sukupuolen suhteen.

*Ikäryhmistä* 16 - 39-vuotiaat olivat ensimmäisessä masennuskartoituksessa 50 - 81-vuotiaita vähemmän masentuneempia (taulukko 2, liite 2). Myös toisessa masennuskyselyssä nuorin ikäryhmä osoittautui 40 - 81-vuotiaita vähemmän depressiiviseksi. Muuttujien väliset erot iän suhteen olivat tilastollisesti melkein merkitseviä. Muissa tekijöissä ei ilmennyt ikäluokkien välisiä eroja.

Naimisissa tai avoliitossa elävät olivat muita *siviilisäätymiä* merkitsevästi vähemmän masentuneempia (taulukko 3, liite 2). Lisäksi he olivat kohdanneet vuoden aikana naimattomia ja asumuserossa olevia tai eronneita erittäin merkitsevästi vähemmän kielteisiä elämäntapahtumia. Muissa muuttujissa ei esiintynyt eroja siviilisäätymien kesken.

*Ammatillisen koulutuksen* suhteen muuttujien välillä ei tullut esille merkitseviä eroja (taulukko 4, liite 2).

*Ammattiaseman* mukaan katsottuna masennuksessa ilmeni ryhmien välillä tilastollisesti erittäin merkitseviä eroja (taulukko 9). Työttömät tai lomautetut, eläkkeellä olevat sekä jotain muuta (ei vastausvaihtoehtoissa olevaa) tekevät osoittautuivat tutkimuksessa eniten depressiivisiksi. Eläkeläisillä oli palkansaajia, yrittäjiä tai maanviljelijöitä sekä omaa kotitaloutta hoitavia, vanhempainlomalla tai hoitovapaalla olevia merkitsevästi enemmän vääristyneitä ajatuksia. Myös jotain muuta tekevillä esiintyi yrittäjiä tai maanviljelijöitä merkitsevästi runsaammin dysfunktionaalisia ajatuksia. Ammattiasema ei erottellut vastaajia negatiivisten elämäntapahtumien suhteen. Suojaavista tekijöistä ainoastaan koetussa fyysisessä kunnossa esiintyi melkein merkitseviä eroavaisuuksia: eläkeläiset arvioivat ruumiillisen kuntonsa työssäkäyviä, yrittäjiä / maanviljelijöitä, työttömiä / lomautettuja sekä omaa kotitaloutta hoitavia / vanhempainlomalla olevia / hoitovapaalla olevia huonommaksi.

TAULUKKO 9. Muuttujien väliset erot ammattiaseman suhteen

(1= palkansaaja, 2 = yrittäjä tai maanviljelijä, 3 = työtön tai lomautettu, 4 = opiskelija, 5 = eläkkeellä, 6 = hoidat omaa kotitaloutta tai olet vanhempainlomalla tai hoitovapaalla, 7 = teet jotain muuta)

Muuttujat	1	2	3	4	5	6	7		
	Järjestyslukujen ka							$\chi^2$	Parivertailut
BDI2	65.39	47.21	99.36	45.43	101.73	62.20	96.36	29.98***	3>1,2,4,7; 5>1,2,4,6; 7>1,2,6
LES(-)	90.08	102.64	62.01	76.88	79.10	78.71	54.30	12.11	-
DAS	69.87	39.86	82.32	70.25	104.19	72.37	91.17	18.88**	5>1,2,6; 7>2
Sosiaalinen tuki	77.83	83.33	87.79	68.94	74.85	73.60	82.71	2.86	-
Liikunnan frekvenssi	77.78	82.75	76.42	12.56	62.75	82.37	88.42	9.96	-
Liikunnan kesto	76.14	99.50	79.17	69.25	84.24	72.10	68.00	3.20	-
Koettu fyysinen kunto	69.38	47.17	83.43	74.88	104.80	67.33	68.29	20.97*	5>1,2,3,6

\*p<.05, \*\*p<.01, \*\*\*p<.001

## 3.2 Haavoittuvuus- stressi- ja voimavaratekijöiden yhteydet masennukseen

### 3.2.1 Muuttujien väliset korrelaatiot

Tarkasteltaessa haavoittuvuus- ja stressitekijöiden yhteyksiä masennukseen havaittiin, että dysfunktionaaliset ajatukset ( $r = .57$ ,  $p < .001$ ) ja negatiiviset elämäntapahtumat ( $r = -.55$ ,  $p < .001$ ) korreloivat melko voimakkaasti depression kanssa (taulukko 10). Mitä enemmän ja / tai mitä voimakkaampia dysfunktionaalisia ajatuksia ja kielteisiä elämäntapahtumia tutkittavalla oli, sitä masentuneemmaksi hän osoittautui.

Suojaavista tekijöistä sosiaalinen tuki ( $r = .46$ ,  $p < .001$ ) ja koettu fyysinen kunto ( $r = .54$ ,  $p < .001$ ) olivat yhteydessä masennukseen siten, että riittäväksi arvioitu sosiaalinen tuki ja hyväksi koettu fyysinen kunto liittyivät alhaiseen depression. Sitä vastoin liikunnan frekvenssi ei juurikaan korreloinut masennuksen kanssa ( $r = .12$ ,  $p < .05$ ). Samoin liikunnan harrastamisen kesto oli vain lievästi yhteydessä masennukseen ( $r = -.19$ ,  $p < .05$ ). Liikunnan harrastaminen usein ja pitkään kerrallaan liittyi matalaan depression.

Tutkimuksen oletetuista moderaattoreista sekä dysfunktionaaliset ajatukset että suojaavat tekijät osoittautuivat olevan yhteydessä negatiivisiin elämäntapahtumiin. Voimakkaasti vääristyneet ajatukset ( $r = -.35$ ,  $p < .001$ ), riittämättömäksi arvioitu sosiaalinen tuki ( $r = -.37$ ,  $p < .001$ ), liikunnan harrastaminen harvoin ( $r = -.18$ ,  $p < .05$ ) ja vähän aikaa kerrallaan ( $r = .22$ ,  $p < .01$ ) sekä huonoksi koettu fyysinen kunto ( $r = -.32$ ,  $p < .001$ ) liittyivät lukuisiin ja / tai voimakkaisiin negatiivisiin elämäntapahtumiin.

TAULUKKO 10. Muuttujien väliset korrelaatiot (Pearson)

Muuttujat	1	2	3	4	5	6	7
1 BDI2	-						
2 LES(-)	-.55***	-					
3 DAS	.57***	-.35***	-				
4 Sosiaalinen tuki	.46***	-.37***	.37***	-			
5 Liikunnan frekvenssi	.12*	-.18*	.02	-.08	-		
6 Liikunnan kesto	-.19*	.22**	-.11*	-.09	-.34***	-	
7 Oma arvio fyysisestä kunnosta	.54***	-.32***	.35***	.17*	.24**	-.36***	-

\* $p < .05$ , \*\* $p < .01$ , \*\*\* $p < .001$

### 3.2.2 Masennuksen selittäjät

Kielteisten elämäntapahtumien, dysfunktionaalisten ajatusten ja suojaavien tekijöiden yhteyttä masennukseen selvitettiin hierarkkisella regressioanalyysillä, jossa malliin lisättiin uusia selittäjäryhmiä enter-menetelmällä. Siinä tutkija valitsee riippumattomien muuttujien järjestyksen mallissa; prosessia ohjaa teoria ja hypoteesien testaus. Ennen analyysia muuttujille tehtiin logaritminuunnokset jakaumien normalisoimiseksi. Ensimmäisessä vaiheessa tutkittiin muuttujien suoria yhteyksiä masennukseen eli niiden päävaikutuksia. Toisessa vaiheessa tarkasteltiin vääristyneiden ajatusten ja suojaavien tekijöiden mahdollisia moderaattorivaikutuksia interaktiotermejä muodostamalla. Tulokset on esitetty taulukossa 11.

TAULUKKO 11. Masennusta selittävät tekijät (hierarkkinen regressioanalyysi)

Selittäjät	F	df	$\beta$	$R^2$	$\Delta R^2$
Vaihe 1: omavaikutukset					
1. LES(-)			-.27***		
2. DAS			.31***		
3. Sosiaalinen tuki			.21**		
4. Liikunnan frekvenssi			.02		
5. Liikunnan kesto			.06		
6. Koettu fyysinen kunto	29.35***	6, 129	.32***	.58	.58***
Vaihe 2: yhdysvaikutukset					
7. LES(-) x DAS			.05		
8. LES(-) x Sosiaalinen tuki			-.06		
9. LES(-) x Liikunnan frekvenssi			-.06		
10. LES(-) x Liikunnan kesto			.04		
11. LES(-) x Koettu fyysinen kunto	16.76***	11, 124	-.08	.60	.02

Selittäjien arvot ovat standardoituja beta-kertoimia mallin toisesta vaiheesta, \*\* $p < .01$ , \*\*\* $p < .001$

$\Delta R^2$  viittaa selitysasteen ( $R^2$ ) muutokseen sen jälkeen, kun kaikki ryhmän selittäjät ovat mukana

Mallin muuttujilla pystyttiin selittämään tilastollisesti erittäin merkitsevä osuus masennuksen vaihtelusta ( $F(11, 124) = 16.76, p < .000$ ). Kielteiset elämäntapahtumat ja vääristyneet uskomukset olivat erittäin merkitseviä masennusta selittäviä tekijöitä. Lukuisat ja / tai voimakkaat negatiiviset elämäntapahtumat ( $\beta = -.27$ ) ja dysfunktionaaliset ajatukset ( $\beta = .31$ ) olivat yhteydessä kohonneeseen depression. Suojaavista tekijöistä sosiaalinen tuki ( $\beta = .21$ ) selitti merkitsevästi ja koettu fyysinen kunto ( $\beta = .32$ ) erittäin merkitsevästi ma-

sennusta: riittävänä pidetty sosiaalinen tuki ja hyväksi arvioitu fyysinen kunto liittyivät alhaisempaan depressiivisyyteen. Sitä vastoin liikunnan muuttujat, sen frekvenssi ja kesto, eivät olleet merkitsevästi yhteydessä masennukseen. Kokonaisuudessaan suorat vaikutukset selittivät masennuksen vaihtelusta 58 %.

Interaktiotermit eivät olleet minkään muuttujan kohdalla tilastollisesti merkitseviä. Näin ollen dysfunktionaaliset ajatukset ja suojaavat tekijät eivät toimineet negatiivisten elämäntapahtumien ja masennuksen välisinä moderaattoreina. Yhdysvaikutusten lisääminen malliin ei siten kasvattanut sen selitystasetta.

### 3.3 Masennuksen kausaaliattribuutiot taustamuuttujien suhteen ja niiden yhteydet toisiinsa

Tutkittavien masennuksen kausaaliattribuutiot jakautuivat melko tasaisesti eri vastausvaihtoehtojen välillä (taulukko 12). Suurinta kannatusta saivat äkilliset kriisit ja elämäntapahtumat (70 %) sekä työhön ja toimeentuloon liittyvät tekijät (64 %). Noin puolet vastaajista piti myös ihmissuhteiden ongelmia (54 %) ja ajattelutapaa (49 %) masennuskokemustensa aiheuttajina. 12 % vastaajista ilmoitti syyselitykseksi jonkun vastausvaihtoehdon ulkopuolella olevan tekijän.

TAULUKKO 12. Depression kausaaliattribuutioiden frekvenssit

Muuttujat	f	%
1. Lapsuuteen ja kasvatukseen liittyvät tekijät	55	33.5
2. Äkilliset kriisit ja elämäntapahtumat	114	69.5
3. Yksilölliset piirteet ja taipumukset	46	28.0
4. Fyysiset tekijät	64	39.3
5. Työhön ja toimeentuloon liittyvät tekijät	104	63.8
6. Virheelliset elämäntavat	51	31.1
7. Ongelmat ihmissuhteissa	87	53.7
8. Ihmissuhteiden puute/yksinäisyys	51	31.3
9. Ajattelutapa	81	49.4
10. Yleiset sosiaaliset vaikutukset	32	19.6
11. Yhteiskunnalliset ongelmat	40	24.4
12. Masennus elämäntapana	24	15.0
13. Jokin muu	19	11.6

Masennuksen kausaaliattribuutiot taustatekijöiden suhteen on esitetty liitteessä 3. Joidenkin taustamuuttujien mukaiset erot syyselityksissä eivät olleet luotettavia, koska liian suuri osa odotetuista frekvensseistä oli alle viiden. Näitä eroja ei ole tässä raportoitu.

*Sukupuolen* mukaan tarkasteltuna naiset pitivät miehiä merkitsevästi useammin lapsuuteen ja kasvatukseen liittyviä tekijöitä (naiset 41 %, miehet 21 %) ja yksilöllisiä piirteitä ja taipumuksia (naiset 35 %, miehet 16 %) masennuksensa syinä. Miehet puolestaan selittivät depressiotaan naisia yleisemmin virheellisillä elämäntavoilla (miehet 44 %, naiset 23 %), yleisillä sosiaalisilla vaikutuksilla (miehet 32 %, naiset 13 %) ja masennuksella elämäntapana (miehet 28 %, naiset 7 %).

30 - 39-vuotiaita lukuun ottamatta suurin osa muiden *ikäryhmien* vastaajista (63 - 100 %) oli sitä mieltä, että yksilölliset piirteet eivät ole osallisena masennuksen syntyyn. 50 - 81-vuotiaita lukuun ottamatta toisten ikäluokkien tutkituista (67 - 79 %) taas valta osa kannatti näkemystä työhön ja toimeentuloon liittyvistä tekijöistä depression aiheuttajina. 16 - 39-vuotiaat (64 - 68 %) pitivät yleensä ihmissuhteiden ongelmia masennuksensa syinä, kun taas 50 - 81-vuotiaista (67 - 80 %) suurin osa ei näin tehnyt. 30 - 81-vuotiaista (60 - 82 %) valta osa ei puoltanut ihmissuhteiden puutetta tai yksinäisyyttä masennuksen aiheuttajana.

*Siviilisäädyn* suhteen naimattomat (86 %) ja asumuserossa olevat tai eronneet (78 %) näkivät yleensä työhön ja toimeentuloon liittyvät tekijät depression syinä. Naimattomia lukuun ottamatta muiden siviilisäättyjen vastaajista (61 - 80 %) suurin osa ei pitänyt masennuksensa aiheuttajana virheellisiä elämäntapoja. Naimattomista (81 %) puolestaan valta osa koki ihmissuhteiden ongelmat osallisena masennuksen ilmenemiseen. Toisin kuin naimisissa tai avoliitossa olevat, he myös yleensä kannattivat ihmissuhteiden puutetta tai yksinäisyyttä (62 %) depression synnyttäjänä. Muista siviilisäädtyistä poiketen suurin osa naimattomista (86 %) piti lisäksi ajattelutapaa masennuksen syyllisenä. Naimisissa tai avoliitossa olevat (85 %) eivät yleensä puoltaneet näkemystä yhteiskunnallisten ongelmien yhteydestä depressioon.

*Koulutuksen* suhteen masennuksen kausaaliattribuutioissa ei esiintynyt merkitseviä eroja. *Ammattiasemaan* liittyvien tekijöiden mukaiset erot syyselityksissä eivät puolestaan olleet aiemmin mainitusta syystä luotettavia.

Masennuksen syyselitykset olivat kohtalaisen voimakkaasti yhteydessä toisiinsa:  $r > .20$  -suuruisia korrelaatioita oli yli 30 kappaletta (taulukko 6, liite 3). Mistään selkeästä ryhmittymisestä korrelaatioanalyysi ei kuitenkaan antanut viitteitä.

## 4 POHDINTA

Tutkimuksen tavoitteena oli selvittää negatiivisen minäskeeman, stressin ja masennuksen välisiä yhteyksiä. Lisäksi haluttiin tutkia sosiaalisen tuen, liikunnan ja fyysisen kunnan vaikutuksia masentuneisuuteen. Kognitiivista haavoittuvuutta edustavaa negatiivista minäskeemaa ja voimavaranäkökulmasta tarkasteltuja sosiaalista tukea, liikuntaa sekä fyysistä kuntoa tutkittiin myös stressin ja masennuksen suhdetta muuntavina tekijöinä. Tutkimuksessa oltiin lisäksi kiinnostuneita siitä, minkä vuoksi ihmiset itse arvioivat masentuvansa.

Tulokset osoittivat, että negatiivisen minäskeeman yhteys masennuksen oli suora: vääristyneet minään liittyvät uskomukset liittyivät kohonneeseen masennukseen. Myös stressaavat elämäntapahtumat selittivät depressiota. Voimavaratekijöistä sosiaalinen tuki ja fyysinen kunto olivat tulosten mukaan samoin suorassa yhteydessä masennukseen siten, että riittävä sosiaalinen tuki ja hyväksi arvioitu fyysinen kunto liittyivät alhaiseen depression. Vapaa-ajan liikunnan harrastamisen ja masentuneisuuden väliset yhteydet eivät sen sijaan olleet merkitseviä.

Tulokset tukevat näkemystä sosiaalisesta tuesta ja fyysisestä kunnosta masennukselta suojaavina voimavaratekijöinä (mm. Cohen ym., 1985; Tucker, 1990). Samalla ne kuitenkin viittaavat siihen, että normaaliväestössä liikuntaharrastuksella ei ole merkitystä masentuneisuusoireiden vähentäjänä, mikä vahvistaa näkemystä liikunnan vähäisestä merkityksestä normaaliväestössä masentuneisuuden vähentäjänä. On esitetty, että henkilöt jotka eivät ole masentuneita aloittaessaan liikunnan, hyötyvät siitä vähän (Brown, 1990; Folkins & Sime, 1981; Simons, McGovan, Epstein, Kupfer & Robertson, 1985).

Negatiivisen minäskeeman ja voimavaratekijöiden muuntavaa vaikutusta stressin ja masennuksen välisessä suhteessa ei tullut esille. Tulos voi kytkeytyä useaan seikkaan. Kyse voi olla siitä, ettei aineisto ollut riittävän kattava tutkitun ilmiön tarkastelemiseen -kohtalaisesti tai vaikeasti masentuneita oli aineistossa alle kymmenesosa. Lisäksi poikittaistutkimuksissa on yleensä hankala tarkastella muuttujien välisten suhteiden moderaattorivaikutusta. Erityisesti voimavaratekijöiden kohdalla myös mittareiden reliabiliteetti- ja validiteettiongelmat saattoivat vaikuttaa puskurivaikutuksen ilmenemiseen.

Yleisenä oletuksena sosiaalisen tuen muuntavassa vaikutuksessa on, että paljon sosiaalista tukea saavilla stressitekijät eivät aiheuta niin kielteisiä reaktioita kuin vähän tukea saavilla (Cohen ym, 1985). Kuitenkin sosiaalisen tuen erilaisista vaikutuksista, erityisesti



juuri muuntavan vaikutuksen olemassaolosta on saatu hyvin erilaisia, jopa vastakkaisia tuloksia (mm. Beehr & McGrath, 1992). On esitetty (Cohen ym., 1985), että moderaattori-vaikutuksen esille saamiseksi sosiaalinen tuki tulee eritellä eri muotoihin, kuten välineelliseen ja arviointitukeen. Sosiaalisen tuen kokemiseen saattavat vaikuttaa myös monet taustatekijät, kuten persoonallisuuden piirteet (mm. Beehr ym., 1992). Nämä voivat muuntaa itse sosiaalisen tuen kokemista ja vastaanottamista, jolloin sosiaalisen tuen muuntava vaikutus ei välttämättä tule tutkimuksissa esille tai se voi vääristyä.

Vaikka irrationaaliset uskomukset olivat tutkimuksessa yhteydessä masennukseen, niillä ei ollut Beckin (1967, 1976) esittämää etiologista roolia. Hänen mukaansa negatiivinen minäskeema on latentti ja siten olemassa depressiolle alttiilla ihmisillä silloinkin, kun he eivät ole masentuneita. Sen tulisi näkemyksen mukaan aktivoitua heidän kohdatessaan stressiä ja johtaa masennukseen. Tämän tutkimuksen mukaan vääristyneet minäuskomukset liittyvät depression siten, että masentuneilla ilmenee kielteisiä itseä liittyviä käsityksiä, mutta ilman depression oireita ei myöskään negatiivisesta minäskeemasta esiinny viitteitä. Tämä on varsin tyypillinen tulos vastaavissa tutkimuksissa (ks. Joiner ym., 1999). Negatiivisiin tutkimustuloksiin viitaten onkin kysytty, pitäisikö kognitiivisen haavoittuvuuden käsitteen tutkimisesta siirtyä ympäristöön liittyvien muuttujien tutkimiseen (Brown ym., 1995). Yleisesti kuitenkin ajatellaan, että ongelmat Beckin mallin todentamiseen liittyvissä tutkimuksissa johtuvat ennen kaikkea mallin muuttujien operationalisoimisen vaikeudesta. Esimerkiksi Barnetin ym. (1988) mukaan DAS on liian ylimalkainen testaamaan teoriaa, jota se on suunniteltu testaamaan. Onkin esitetty, että tulevaisuudessa tulisi tutkia tarkemmin dysfunktionaalisten ajatusten eri dimensioita ja arvioida kognitiivisten tyylien eri piirteitä (Segal, Gemar, Truchon, Guirguis & Horowitz, 1995).

Paljon keskustelua on käyty siitä, pitäisikö tutkittavan itse vai ulkopuolisen arvioijan määrittää stressin suuruutta. Muun muassa Brown ja Harris (1978) ovat kritisoineet stressin itsearvioinnin luotettavuutta. Lukuisat tutkijat (mm. Lazarus, 1966; Hammen, 1988) ovat toisaalta vahvasti sitä mieltä, että tietyn elämäntapahtuman aiheuttamaa stressiä ei voida luotettavasti määrittää ilman tapahtuman kokeneen ihmisen omaa arviointia. On myös kritisoitu, muistavatko ihmiset ylipäättänsä kovin tarkasti tietynlaisia tapahtumia ja niiden ajankohtia (Alloy ym., 1988). Lisäksi on mahdollista, että vastaajat yrittävät ”väkisin” muistaa kielteisiä elämäntapahtumia selittääkseen ongelmiaan (Bartlett, 1932). Tällöin he voivat antaa jollekin tapahtumalle todellista suuremman merkityksen häiriön synnyssä (Brown, Sklair, Harris & Birley, 1973). Vastaajat saattavat myös ilmoittaa ajallisesti kau-

kaistenkin asioiden tapahtuneen lähiaikoina oikeuttaakseen häiriön alkamisen (Duncan-Jones, 1981). Lisäksi on esitetty, että mieliala, erityisesti depressiivinen, vaikuttaa kielteisten elämäntapahtumien mieleen palauttamiseen (Blaney, 1986).

Tutkittavat selittivät masennustaan useimmiten äkillisillä kriiseillä ja elämäntapahtumilla, sekä työhön ja toimeentuloon liittyvillä ongelmilla. Myös ihmissuhteiden ongelmat ja ajattelutapa saivat runsaasti kannatusta. Samansuuntaisia tuloksia on saatu aiemmissakin suomalaisissa tutkimuksissa (mm. Tontti, 2001; Rätty, 1988). Tulosten vertailu on kuitenkin erilaisten tutkimusmenetelmien vuoksi vaikeaa. Tässä tutkimuksessa kaikki tarjotut masennuksen kausaaliattribuutiot saivat melko tasaisesti tukea, mikä saattaa kertoa ihmisten kirjavista käsityksistä masennuksen syistä. Syyselitysten lukuisat ja melko voimakkaat yhteydet toisiinsa viittaavat mahdollisesti kausaaliattribuutioiden päällekkäisyyteen. Toisaalta valmiit vastausvaihtoehdot eivät välttämättä kattaneet kaikkia mahdollisia masennuksen syyselityksiä. Puolet vastaajista piti tutkimuksen psykososiaalisen mallin vääristyneitä uskomuksia edustavaa ajattelutapaa ja 70 % stressin kanssa rinnakkaista äkilliset kriisit ja elämäntapahtumat -vaihtoehtoa masennuksensa syynä. Vaikuttaa siltä, että ihmisten omat näkemykset masennuksen aiheuttajista ainakin jossain määrin vastaavat tutkimuksessa esitetyn mallin tekijöitä. On syytä huomata, että tässä tutkimuksessa kaikilta vastaajilta, myös ei-masentuneilta, kysyttiin heidän masentuneisuutensa syitä, joten tulokset kertovat osittain myös yleisistä käsityksistä depression aiheuttajista.

Tutkimusaineisto muodostui 336:sta kuukauden aikana Kuopiolaisella terveystasemalla käyneestä potilaasta, mikä on tuloksia yleistettäessä otettava huomioon. Otos mahdollisesti yliedustaa sairastavuuden suhteen suomalaista väestöä. Toisaalta korkeahkot arvot masennuksessa, dysfunktionaalisissa ajatuksissa ja negatiivisissa elämäntapahtumissa saattavat kuvastaa myös pohjoissavolaisten suurta sairastavuutta (ks. Viinamäki ym., 2001). Koska otos oli ei-kliininen, tulokset koskevat ensisijaisesti kohtalaisen lievästi masentuneita. Ei-kliinisen aineiston käytöstä kliinisen ilmiön tutkimisessa ollaan montaa mieltä: toiset puoltavat käytäntöä (Coyne, 1994; Tennen, Hall, & Affleck, 1995) kun taas toiset ovat sitä vastaan (Flett, Vredenberg, & Krames, 1997; Vredenberg, Flett, & Krames, 1993). Kuten Joiner ym. (1999) toteaa, kysymystä ei joka tapauksessa voi tulosten yleistävyyttä pohdittaessa sivuuttaa.

On hyvä muistaa, että kyseessä on poikkileikkauksena toteutettu kyselytutkimus. Näin ollen tutkimuksen perusteella ei voida tehdä oletuksia syistä ja seurauksista. Esitetyt vaikutukset ovat itse asiassa vain ilmiöiden välisiä yhteyksiä. Tutkimuksissa on lisäksi

osoitettu, että kohonnut depressio voi johtaa vääristyneisiin ajatuksiin (ks. Lewinsohn ym., 2001). Dysfunktionaalisten ajatusten ja masennuksen suhde vaikuttaa siten olevan kaksisuuntainen. Tutkimusaineisto koostuu tutkittavien itsearvioinneista, mikä myös asettaa tulosten tulkinnalle tiettyjä rajoituksia. Ensinnäkään ei ole aina varmaa, ymmärretäänkö kysymykset tutkijan toivomalla tavalla. Lisäksi erilaiset vastaustaipumukset kuten sosiaalinen suotavuus, myöntövyys, ja halu vastata kieltävästi voivat vääristää tuloksia. Valmius itsearviointiin, tietoisuus itsestä, voi myös vaihdella.

Huolimatta tutkimuksen puutteista tulokset tukevat monitekijäistä psykososiaalista näkemystä masennuksesta. Ajatusvääristymät ja stressi osoittautuivat olevan yhteydessä masennukseen, ja sosiaalisella tuella ja fyysisellä kunnolla oli tutkimuksen mukaan masennukselta suojaava vaikutus. Beckin (1967, 1976) kognitiivisen masennusteorian mukaan ajatusvääristymiä muuttamalla voidaan hoitaa sekä akuuttia masennusta että ehkäistä sen uusiutumista. Stressistä masennukseen johtavaan kehitykseen voisi puolestaan olla mahdollista vaikuttaa stressinhallintakeinoja lisäämällä. Tutkimuksen valossa masentuneen hoidossa olisi lisäksi hyödyllistä ottaa huomioon sosiaalisen verkoston ja fyysisen kunnan merkitys. Myös tutkittavien omat käsitykset masennuksen syistä kertovat psykososiaalisen työotteen käyttökelpoisuudesta masennuksen hoitoon. Heidän mukaansa masennus johtui useimmiten äkillisistä kriiseistä ja elämäntapahtumista, työhön ja toimeentuloon liittyvistä ongelmista sekä ongelmista ihmissuhteissa. Näiden kielteisten elämäntapahtumien masennukseen johtavia stressivaikutuksia olisi ehkä syytä käsitellä ja opetella niiden hallintaa. Vastaajista peräti puolet arveli masennuksensa johtuvan ajattelutavasta. Tämän perusteella ihmisillä vaikuttaa olevan valmiuksia mm. kognitiivisen terapian keinoin tapahtuvaan vääristyneiden ajatusten muokkaamiseen. Jatkossa ilmiötä olisi aiheellista tutkia pitkäaikaistutkimuksen avulla masennukseen liittyvien mekanismien tarkentumiseksi ja depression kokonaiskuvan hahmottumiseksi.

## LÄHTEET

- Alloy, L. B., Hartlage, S., & Abramson, L. Y. (1988). Testing the cognitive diathesis-stress theories of depression: Issues of research design, conceptualization, and assessment. Teoksessa L. B. Alloy (toim.), *Cognitive processes in depression* (s. 31-73). New York: Guilford Press.
- Alloy, L. B., Clements, C., & Kolden, G. (1985). The cognitive diathesis-stress theories of depression: Therapeutic implications. Teoksessa S. Reiss & R. Bootzin (toim.), *Theoretical issues in behavior therapy*. New York: Academic Press.
- American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic Statistic Manual of Mental Disorders* (4. painos). Washington, DC: Tekijä.
- Angst, J. (1992). How recurrent and predictable is depressive illness? Teoksessa S. Montgomery & F. Rouillon (toim.), *Long-term treatment of depression*. Guilford: Wiley.
- Barnet, P. A., & Gotlib, I. H. (1988). Psychosocial functioning in depression: Distinguishing among antecedents, concomitants, and consequences. *Psychological Bulletin*, 104, 97-126.
- Barrera, M., Jr. (1986). Distinctions between social support concepts, measures, and models. *American Journal of Community Psychology*, 14, 413-445.
- Bartlett, F. C. (1932). *Remembering*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Beck, A. T. (1967). *Depression: Clinical, experimental, and theoretical aspects*. New York: Harper & Row.
- Beck, A. T. (1976). *Cognitive therapy and the emotional disorders*. New York: International Universities Press.
- Beck, A. T. (1982). Cognitive therapy of depression, new perspectives. Teoksessa P. Clayton, & J. Barret (toim.), *Treatment of depression: Old controversies and new approaches* (s. 265-290). New York: Raven.
- Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F., & Emery, G. (1979). *Cognitive therapy of depression*. New York: Guilford Press.
- Beck, A. T., Steer, R. A., & Garbin, M. G. (1988). Psychometric properties of the Beck Depression Inventory: Twenty-five years of evaluation. *Clinical Psychology Review*, 8, 77-100.

- Beck, A. T., Ward, C. H., Mendelson, M., Mock, J., & Erbaugh, J. (1961). An inventory for measuring depression. *Archives of General Psychiatry*, 4, 53-63.
- Beehr, T. A., & McGrath, J. E. (1992). Social support, occupational stress and anxiety. *Anxiety, Stress and Coping*, 5, 7-19.
- Blaney, P. H. (1986). Affect and memory: A review. *Psychological Bulletin*, 99, 229-246.
- Bouchard, C., Shephard, R. J., Stephens, T., Sutton, J. R., & McPherson, B. D. (1990). Exercise, fitness, and health: The consensus statement. Teoksessa C. Bouchard., R. J. Shephard, T. Stephens, J. R. Sutton & B. D. McPhearson (toim.), *Exercise, fitness and health: A consensus of current knowledge* (s. 3-28). Champaign: Human Kinetics.
- Brown, D. R. (1990). Exercise, fitness, and mental health. Teoksessa C. Bouchard (toim.), *Exercise, fitness and health* (607-633). Champaign, IL.: Human Kinetics
- Brown, J. D. (1991). Staying fit and staying well: Physical fitness as a moderator of life stress. *Journal of Personality and Social Psychology*, 60, 555-561.
- Brown, G. P., Hammen, C. L., Craske, M. G., & Wickens, T. D. (1995). Dimensions of dysfunctional attitudes as vulnerabilities to depressive symptoms, 104, 431-435.
- Brown, G., & Harris, T. (1978). *Social origins of depression: A study of psychiatric disorders in women*. New York: Free Press.
- Brown, J. D., & Lawton, M. (1986). Stress and well-being in adolescence: the moderating role of physical exercise. *Journal of Human Stress*, 12, 125-131.
- Brown, J. D., & Siegel, J. M. (1988). Exercise as a buffer of life stress: a prospective study of adolescent health. *Health Psychology*, 7, 341-353.
- Brown, G. W., Sklair, F, Harris, T. O, Birley, J. L. T. (1973). Life events and psychiatric disorders. Part 1: Some methodological issues. *Psychological Medicine*, 3, 74-87.
- Caspersen, C. J., & Powell, K. E., & Christenson, G. M. (1985). Physical activity , exercise, and physical fitness: definitions and distinctions for health-related research. *Public Health Reports*, 100, 2, 126-131.
- Cobb, S. (1976). Social support as moderator of life stress. *Psychosomatic Medicine*, 38 (5), 300-314.
- Cohen, S., & Wills, T. A. (1985). Stress, social support, and the buffering hypothesis. *Psychological Bulletin*, 98, 310-357.
- Coyne, J. C. (1994). Self-reported distress: Analog or ersatz depression? *Psychological Bulletin*, 116, 29-45.

- Coyne, J. C., & Whiffen, V. E. (1995). Issues in personality as diathesis for depression. The case of sociotropy-dependency and autonomy-self-criticism. *Psychological Bulletin*, 118, 358-378.
- Cumming, E. (1957). *Closed ranks: An experiment in mental health education*. Cambridge: Howard University Press.
- Duncan-Jones, P. (1981). The natural history of neurosis: Probability models. Teoksessa J. K. Wing, B. Bebbington & L. N. Robins (toim.), *What is a case? The problem of definition in psychiatric community surveys*. London: Grant McIntyre.
- Dunn, A. L., Trivedi, M. H., & O'neal, H. A. (2001). Physical activity dose-response effects on outcomes of depression and anxiety. *Medicine & Science in Sports & Exercise*, 33, 587-597.
- Durkin, R. P. (1964). *Attitudes concerning the etiology of mental illness*. Dissertation. Columbia University.
- Flett, G., Vredenberg, K., & Krames, L. (1997). The continuity of depression in clinical and nonclinical samples. *Psychological Bulletin*, 121.
- Folkins, C. H., & Sime, W. E. (1981). Physical fitness training and mental health. *American Psychologist*, 36 (4), 373-389.
- Furnham, A., & Akande, A. (1997). Cross-cultural differences in attributions for overcoming specific psychological problems. *Journal of Social Behavior and Personality*, 6, 329-342.
- Furnham, A., & Kuyken, W. (1991). Lay theories of depression. *Journal of Social Behavior and Personality*, 6 (2), 329-342.
- Furnham, A. & Thomson, L. (1996). Lay theories of heroin addiction. *Social Science & Medicine*, 43 (1), 29-40.
- Goldfried, M. R., & Robins, D. (1983). Self-schema, cognitive bias, and the processing of the therapeutic experiences. Teoksessa P. C. Kendall (toim.), *advances in cognitive behavioral research and therapy* (s. 33-79). Orlando, FL.: Academic Press.
- Guidano, V. F., & Liotti, G. (1983). *Cognitive processes and emotional disorders: A structural approach to psychotherapy*. New York: Guilford Press.
- Hammen, C. (1988). Depression and cognitions about personal stressful life events. Teoksessa Alloy, L. B. (toim), *Cognitive processes in depression* (s. 77-108). New York: Guilford Press.

- Hammen, C. L., Marks, T., de Mayo, R., & Mayol, A. (1985). Depressive self-schemas, life stress and vulnerability to depression. *Journal of Abnormal Psychology*, 93, 308-319.
- Hassinen, M., & Komulainen, P. (2001). Fyysinen toimintakyky, ikääntyminen ja liikunta. Fyysisen toimintakyvyn osatekijöiden muutokset ja kevytkuormitteisen liikunnan vaikutus niihin kuudenvuoden aikana 59 - 68 -vuotiailla pohjoissavolaisilla miehillä. Kuopion yliopisto. Terveystieteiden pro gradu -tutkielma.
- Hastie, R. (1980). Schematic principles in human memory. Teoksessa E. T. Higgins, C. P. Herman & M. P. Zanna (toim.), *Social cognition: The Ontario symposium* (Vol. 1, s. 39-88). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Heller, K., & Lakey, B. (1985). Perceived support and social interaction among friends and confidants. Teoksessa I. G. Sarason & B. R. Sarason (toim.), *Social support: Theory, research and applications* (s. 287-300). The Hague: Martinus Nijhoff.
- Heller, K., Swindle, R. W. & Dusenbury, L. (1986). Component social support processes: Comments and integration. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 54, 466-470.
- Hewstone, M. (1983). Attribution theory and common-sense explanations. An introduction overview. Teoksessa M. Hewstone (toim.), *Attribution theory: Social and functional extensions* (1-27). Oxford: Basil Blackwell.
- House, J. S., Umberson, D., & Landis, K. R. (1988). Structures and processes of social support. *Annual review of Sociology*, 14, 293-318.
- Ikonen, S. (1994). Vapaa-ajan liikunta, fyysinen kunto, stressin käsittely ja stressioireet keski-ikäisillä miehillä. Psykologian lisensiaatintutkimus.
- International Society of Sport Psychology (1992). Physical activity and psychological benefits: A position statement. *The Sport Psychologist*, 6, 199-203.
- Isometsä, E., Aro, S., & Aro, H. (1997). Depression in Finland: a computer assisted telephone interview study. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 96, 122-128.
- Joiner, T. E., Jr. , Metalsky, G. I., Lew, A, & Klocek, J. (1999). Testing the causal mediation component of Beck`s theory of depression: Evidence for specific mediation. *Cognitive Therapy and Research*, 23, 401-412.
- Kangas, I. (1999). Maallikoiden masennuskertomukset ja -käsitykset. *Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti*, 4, 245-355.

- Karila, I. (1991). Lapsivuodeajan psyykkisten vaikeuksien ennakointi. Kognitiivinen malli. Jyväskylän yliopisto. Jyväskylä studies in education, psychology and social research, 83.
- Kelly, G. A. (1955). *The psychology of personal constructs*. New York: Norton.
- Kessler, R. C., McGonagle, K. A., Zhao, S., Nelson, C. B., Hughes, M., Eshleman, S., Wittchen, H. U., & Kendler, K. S. (1994). Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States: Results from the National Comorbidity Survey. *Archives of General Psychiatry*, 51, 8-18.
- Kopelowicz, A., & Liberman, P. R. (1998). Psychosocial treatments for schizophrenia. Teoksessa P. E. Nathan & J. M. Gorman (toim.), *A guide to treatments that work* (s. 190-211). New York: Oxford University Press.
- Kovacs, M., & Beck, A. T. (1978). Maladaptive cognitive structures in depression. *American Journal of Psychiatry*, 135, 525-533.
- Kwon, S., & Oei, T. (1994). The roles of two levels of cognitions in development, maintenance, and depression. *Clinical Psychology Review*, 14, 331-358.
- Lakey, B., & Bennet Cassady, P. (1990). Cognitive processes in perceived social support. *Journal of Personality and Social Psychology*, 59, 337-343.
- Lasa, L., Ayuso-Mateos, J. L., Vasquez-Barquero, J. L., Diez-Manrique, F. J., & Dowrick, C. F. (2000). The use of Beck depression Inventory to screen for depression in the general population: a preliminary analysis. *Journal of Affective Disorders*, 57, 261-265.
- Lazarus, R. S. (1966). *Psychological stress and the coping process*. New York: McGraw-Hill.
- Lehtinen, V., Lindholm, T., Veijola, J., & Väisänen, E. (1990). The prevalence of PSE-CATEGO disorders in a Finnish adults population cohort. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 25, 187-192.
- Lewinsohn, M. P., Joiner Jr., T. E. Rohde, P. (2001). Evaluation of cognitive diathesis-stress models in predicting Major Depressive Disorder in adolescents. *Journal of Abnormal Psychology*, 110, 203-215.
- Liberman, P. R. (1994). Psychosocial Treatments of Schizophrenia. *Psychiatry*, 57, 104-114.
- Mandler, G. (1985). *Cognitive psychology. An essay in cognitive science*. Hillsdale, NJ.: Lawrence Erlbaum.



- Markus, H. (1977). Self-schemata and processing information about self. *Journal of Personality and Social Psychology*, 35, 63-78.
- Miller, S. A. (1995). Parent`s attributions for their children`s behavior. *Child Development*, 66, 1557-1584.
- Neimyer, R. A. (1985). Personal constructs in clinical practice. Teoksessa P. C. Kendall (toim.), *Advances in cognitive-behavioral research and therapy* (Vol. 4., s. 275-339).
- Neimyer, R. A., Klein, M. H., Gurman, A. S., & Griest, J. H. (1983). Cognitive structure and depressive symptomatology. *British Journal of Cognitive Psychotherapy*, 1, 65-73.
- Norbeck, J. S., & Tilden, V. P. (1983). Life stress, social support and emotional disequilibrium in complications of pregnancy: A prospective, multi-variant study. *Journal of Health and Social Behavior*.
- Nupponen, H., & Mälkiä, E. (1986). Fyysinen kunto. Teoksessa P. Vuolle, R. Telama & L. Laakso (toim.), *Näin suomalaiset liikkuvat* (s. 177-188). Helsinki: Valtion painatuskeskus.
- O`neal, H. A., Dunn, A. L., & Martinsen, E. W. (2000). Depression and Exercise. *International Journal of Sport Psychology*, 31, 110-135.
- Owens, J., Bower, G., & Black, J. (1979). The "soap opera" effect in story recall. *Memory and Cognition*, 7, 185-191.
- Persons, J. B., & Rao, P. A. (1985). Longitudinal study of cognitions, life-events and depression in psychiatric inpatients. *Journal of Abnormal Psychology*, 94, 53-61.
- Pylkkänen, K., Niskanen, P., & Mikkonen, T. (1995). Masennus ja työkyvyttömyys. *Suomen lääkärilehti*, 50, 761-763.
- Robins, C. J., Block, P., & Peselow, E. D. (1990). Cognitive theories of depression viewed from diathesis-stress perspective: Evaluations of the models of Beck and of Abramson, Seligman, and Teasdale. *Cognitive Therapy and Research*, 13, 297-313.
- Robins, C. J., Hayes, A. M., Block, P., Kramer, R. J. (1995). Interpersonal and achievement and the depressive vulnerability and symptom specificity hypotheses: A prospective study. *Cognitive Therapy and Research*, 19, 1-20.
- Räty, H. (1988). Mielisairauden syyselityksiä. Joensuun yliopiston yhteiskuntatieteiden tiedekunnan psykologian keskustelualoitteita, 12.

- Sarason, I. G., Johnson, J. H., & Siegel, J., M. (1978). Assessing the impact of life changes: Development of the life experiences survey. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 46, 932-946.
- Segal, Z. V. (1988). Appraisal of the self-schema construct in cognitive models of depression. *Psychological Bulletin*, 103 (2), 147-162.
- Segal, Z. V., Gemar, M., Truchon, C., Guirguis, M., & Horowitz, L. (1995). A priming methodology for studying self-representation in Major Depressive Disorder. *Journal of Abnormal Psychology*, 104, 205-217.
- Selby, J. M., Calhoun, L. G., & Johnson R. E. (1977). Perceived causes of psychological problems. *Journal of Community Psychology*, 5, 290-294.
- Schaefer, C., Coyne, J. C., & Lazarus, R. S. (1981). The health-related functions of social support. *Journal of Behavioral Medicine*, 4, 381-406.
- Simons, A. D., McGovan, C. R., Epstein, L. H., Kupfer, D. J., & Robertson, R. J. (1985). Exercise as treatment for depression: an update. *Clinical Psychology Review*, 5, 553-568.
- Smith, T. W., Boaz, T. L., & Denney, T. R. (1984). Endorsement of irrational beliefs as a moderator of the effects of stressful life events. *Cognitive Therapy and Research*, 8, 363-370.
- Stiles, T. C., & Götestam, G. (1988). The role of cognitive vulnerability factors in the development of depression: Theoretical and metodological considerations. Teoksessa C. Perris, I. M. Blackburn & H. Perris (toim.), *Cognitive psychotherapy. Theory and practice* (s. 120-139). Berlin: Springer.
- Talo, S. (1992). Psychological assessment of functioning in chronic low back pain patients. Model application in comprehensive rehabilitation. Department of psychology, university of Turku. Publications of the Social Insurance Institution, Finland, ML: 116.
- Telama, R., Vuolle, P., & Laakso, L. (1986). Liikunta yksilön elämässä ja yhteiskunnassa. Teoksessa P. Vuolle, R. Telama & L. Laakso (toim.). *Näin suomalaiset liikkuvat* (s. 15-26). Helsinki: Valtion painatuskeskus.
- Tennen, H., Hall, J. A., & Affleck, G. (1995). Depression research methodologies in the *Journal of Personality and Social Psychology*: A review and critique. *Journal of Personality and Social Psychology*, 68, 870-884.

- Tontti, J. (2001). Masennuksen arkea. Selityksiä surusta ilman syytä. Helsingin yliopisto. Sosiaalipsykologisia tutkimuksia 3.
- Tucker, L. A. (1990). Physical fitness and psychological distress. *International Journal of Sport Psychology*, 21, 185-201.
- Varjonen, J., Romanov, K., Kaprio, J., Heikkilä, K., & Koskenvuo, M. (1997). Self-rated depression on 12063 middle-aged adults. *Nordic Journal of Psychiatry*, 51, 331-338.
- Viinamäki, H., Honkalampi, K., Hintikka, J., Koivumaa, H., Antikainen, R., & Tanskanen, A. (2001). Pitkäaikaiseen masentuneisuuteen liittyvät tekijät yleisväestössä. *Suomen lääkärilehti*, 11, 1255-1258.
- Viinamäki, H., Tanskanen, A., Antikainen, R., Haatainen, J., Haatainen, K., Hintikka, J., Saarinen, P., Jääskeläinen, J., Koivumaa-Honkanen, H., Virtanen, V., Laasonen-Balk, T., & Lehtonen, J. (1998). Millainen on hoitoon hakeutuva masennuspotilas? *Suomenlääkärilehti*, 6, 531-535.
- Vredenberg, K., Flett, G., & Krames, L. (1993). Analogue versus clinical depression: A critical appraisal. *Psychological Bulletin*, 113.
- Weiner, B. (1990). Searching for the roots of applied attribution theory. Teoksessa S. Graham & V. S. Folkes (toim.), *Attribution theory: Applications to achievement, mental health, and interpersonal conflict* (s. 1-13). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum.
- Weissman, A. (1980). *Assessing depressogenic attitudes: A validation study*. Käsikirja. Chilton Research Services.
- Wetherington, E., & Kessler, R. C. (1986). Perceived support, received support and adjustment to stressful life events. *Journal of Health and Social Behavior*, 27, 78-89.
- Wise, E. H., & Barnes, D. R. (1986). The relationship among life events, dysfunctional attitudes, and depression. *Cognitive Therapy and Research*, 10, 257-266.
- Zuroff, D. C., & Monograin, M. (1987). Depending and self-criticism: Vulnerability factors for depressive affective states. *Journal of Abnormal Psychology*, 96, 14-22.



**7. Seuraavassa on väittämiä koskien mielialaanne. Ympyröikää kustakin kysymyksestä yksi vaihtoehto sen mukaan, millaiseksi tunnette mielialanne juuri nyt. (BDI)**

- (1) 0 en ole surullinen  
1 olen alakuloinen ja 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 parantuvan
- (3) 0 en tunne epäonnistuneeni  
1 uskon epäonnistuneeni useammin kuin muut ihmiset  
2 menneisyydessä näen vain sarjan epäonnistumisia  
3 tunnen olevani ihmisenä täysin epäonnistunut
- (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 syyllisyyden tunteita  
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 virheistä  
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 sen ärtyneempi kuin yleensäkään  
 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 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 miellyttävältä  
 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 kuin ennen  
 3 minulla ei ole enää lainkaan ruokahalua
- (19) 0 painoni on pysynyt viime aikoina ennallaan  
 1 olen laihtunut yli 3 kiloa yrittämättä tarkoituksella laihduttaa  
 2 olen laihtunut yli 5 kiloa yrittämättä tarkoituksella laihduttaa  
 3 olen laihtunut yli 8 kiloa yrittämättä tarkoituksella laihduttaa  
 x olen päinvastoin lihonut
- (20) 0 en ole huolissani terveydestäni enempää kuin tavallisestikaan  
 1 olen huolissani ruumiini vaivoista: särkyistä, kivuista, vatsavaivoista tai ummetuksesta  
 2 olen hyvin huolissani ruumiini vaivoista niin että 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

**6. Rengastakaa seuraavien väittämien kohdalla jokin numeroista yhdestä seitsemään sen mukaan, mitä mieltä kustakin väittämästä olette. (DAS)**

	täysin samaa mieltä	paljon samaa mieltä	hieman samaa mieltä	yhden- tekevää	hieman eri mieltä	paljon eri mieltä	täysin eri mieltä
(1) On vaikeata olla onnellinen ja tyytyväinen, jollei ole hyvännäköinen, älykäs ja menestyvä.	1	2	3	4	5	6	7
(2) Onnellisuus riippuu enemmän siitä, miten suhtaudun itseeni kuin siitä, miten muut suhtautuvat minuun.	1	2	3	4	5	6	7
(3) Jos teen virheen, arvoni todennäköisesti laskee muiden silmissä.	1	2	3	4	5	6	7
(4) Minua ei arvosteta, jollen ole alati hyvä työssäni.	1	2	3	4	5	6	7
(5) On tyhmää ottaa riskejä, koska asiat voivat mennä "päin seiniä" pienenkin epäonnistumisen vuoksi.	1	2	3	4	5	6	7
(6) On mahdollista, että ihmistä kunnioitetaan, vaikkei hän ole erityisen lahjakas juuri missään	1	2	3	4	5	6	7
(7) En voi olla onnellinen ja tyytyväinen, elleivät useimmat tuttavani noteeraa minua.	1	2	3	4	5	6	7
(8) Avun pyytäminen on heikkouden merkki.	1	2	3	4	5	6	7
(9) Jollen pärjää yhtä hyvin kuin muut, olen ihmisenä vähempiarvoinen.	1	2	3	4	5	6	7
(10) Jos epäonnistun työssäni, olen myös ihmisenä epäonnistunut.	1	2	3	4	5	6	7
(11) Jos ei osaa asiaa kunnolla, sitä ei kannata tehdä ollenkaan.	1	2	3	4	5	6	7
(12) Virheiden tekeminen on hyvä asia, koska niistä voi ottaa opikseen.	1	2	3	4	5	6	7
(13) Jos joku on eri mieltä kanssani, hän todennäköisesti ei pidä minusta.	1	2	3	4	5	6	7
(14) Jos epäonnistun osittain, se on yhtä paha kuin olisin epäonnistunut täydelleen.	1	2	3	4	5	6	7
(15) Jos muut tietäisivät, millainen todella olen, he arvostaisivat minua vähemmän.	1	2	3	4	5	6	7

	täysin samaa mieltä	paljon samaa mieltä	hieman samaa mieltä	yhden- tekevää	hieman eri mieltä	paljon eri mieltä	täysin eri mieltä
(16) En olisi mitään, jollei rakastamani ihminen pitäisi minusta.	1	2	3	4	5	6	7
(17) Tekemisestä sinänsä voi nauttia riippumatta siitä, mikä on lopputulos.	1	2	3	4	5	6	7
(18) On turha ryhtyä mihinkään, jollei ole edes kohtuullisia takeita onnistumisesta.	1	2	3	4	5	6	7
(19) Arvoni ihmisenä paljolti riippuu siitä, mitä muut ajattelevat minusta.	1	2	3	4	5	6	7
(20) Jos en aseta tavoitteitani mahdollisimman korkealle, jään "toisen luokan kansalaiseksi".	1	2	3	4	5	6	7
(21) Jotta olisin arvostettu ihminen, minun on oltava etevä ainakin yhdessä asiassa.	1	2	3	4	5	6	7
(22) Ihmiset, joilla on hyviä ideoita, ovat muita arvokkaampia.	1	2	3	4	5	6	7
(23) Pasmani menevät sekaisin, jos teen virheen.	1	2	3	4	5	6	7
(24) Omat käsitykseni itsestäni ovat tärkeämpiä kuin muiden mielipiteet minusta.	1	2	3	4	5	6	7
(25) Jotta olisin hyvä, moraalinen ja kunnioitettava ihminen, minun on autettava jokaista avun tarvitsijaa.	1	2	3	4	5	6	7
(26) Jos esitän kysymyksiä, paljastan tyhmyyteni.	1	2	3	4	5	6	7
(27) Olisi kamalaa, jos minulle tärkeät ihmiset eivät hyväksyisi minua.	1	2	3	4	5	6	7
(28) Elämästä tulee kurja, ellei ole ihmisiä joihin tukeutua.	1	2	3	4	5	6	7
(29) Minun on mahdollista saavuttaa tärkeitä asioita elämässäni, vaikka en raadakaan kuin orja.	1	2	3	4	5	6	7
(30) Ihminen saattaa joutua haukutuksi, eikä mene siitä tolaltaan.	1	2	3	4	5	6	7
(31) En voi luottaa muihin ihmisiin, koska he voivat olla katalia.	1	2	3	4	5	6	7
(32) Ihminen ei voi olla onnellinen, jollei hänestä pidetä.	1	2	3	4	5	6	7
(33) On paras luopua omista tarpeistaan, jos aikoo olla muiden mieleen.	1	2	3	4	5	6	7



	täysin samaa mieltä	paljon samaa mieltä	hieman samaa mieltä	yhden- tekevää	hieman eri mieltä	paljon eri mieltä	täysin eri mieltä
(34) Onneni riippuu enemmän muista kuin minusta itsestäni.	1	2	3	4	5	6	7
(35) En tarvitse muiden hyväksyntää ollakseni onnellinen.	1	2	3	4	5	6	7
(36) Jos välttelee ongelmia, ne häviävät itsestään.	1	2	3	4	5	6	7
(37) Voin olla onnellinen, vaikka monet hyvät asiat menevät "sivu suun" elämässäni.	1	2	3	4	5	6	7
(38) On tärkeitä, mitä muut ihmiset minusta ajattelevat.	1	2	3	4	5	6	7
(39) Jos joutuu erilleen muista ihmisistä, tulee onnettomaksi.	1	2	3	4	5	6	7
(40) Voin olla onnellinen, vaikkei kukaan rakastaisikaan minua.	1	2	3	4	5	6	7

**8. Seuraavassa on lueteltu joukko elämäntapahtumia, jotka aiheuttavat joskus muutoksia ihmisten elämässä ja vaativat uudelleen sopeutumista. Ympyröikää ensin onko kyseinen tapahtuma esiintynyt viimeksi kuluneen vuoden aikana vai ei. Mikäli tapahtuma ei ole esiintynyt, ympyröikää "ei" ja siirtykää seuraavaan elämäntapahtumaan. Mikäli tapahtuma on esiintynyt, ympyröikää "kyllä". Ympyröikää lisäksi se numero, joka parhaiten kuvaa onko tapahtuma vaikuttanut elämäänne kielteisellä vai myönteisellä tavalla. (LES)**

<b>vaihtoehdot:</b>	<b>0</b>	<b>ei vaikutusta</b>
	<b>-3</b>	<b>erittäin kielteinen</b>
	<b>-2</b>	<b>selvästi kielteinen</b>
	<b>-1</b>	<b>lievästi kielteinen</b>
	<b>+1</b>	<b>lievästi myönteinen</b>
	<b>+2</b>	<b>selvästi myönteinen</b>
	<b>+3</b>	<b>erittäin myönteinen</b>

	tapahtui		tapahtuman vaikutus oli						
(1) Avioituminen tai kihlaus tai avioliitto	kyllä	ei	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3
(2) Puolison (partnerin) vakava sairaus tai kuolema	kyllä	ei	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3
(3) Välikikko tai asumusero puolison (partnerin) kanssa	kyllä	ei	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3
(4) Seurustelun tai yhteiselämän uudelleenaloitus välikikon jälkeen	kyllä	ei	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3
(5) Työpaikan menetys tai potkut	kyllä	ei	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3
(6) Työpaikan vaihto tai työtilanteen	kyllä	ei	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3

(6) Työpaikan vaihto tai työtilanteen muutos	kyllä	ei	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3
(7) Sairausloma	kyllä	ei	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3
(8) Kokonaan uusi työ tai koulutus	kyllä	ei	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3
(9) Elinolosuhteiden muutos (esim. uusi koti tai remontti)	kyllä	ei	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3
(10) Lainan otto tai lankeaminen	kyllä	ei	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3
(11) Muutos omassa tai puolison palkkauksessa tai tuloissa	kyllä	ei	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3
(12) Vankilarangaistus tai pienemmät lainrikkomukset	kyllä	ei	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3
(13) Vakava sairaus itsellä	kyllä	ei	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3
(14) Hengellisen elämän muutos (esim. uskonnollinen herätys tai kirkosta eroaminen)	kyllä	ei	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3
(15) Muu elämäntyylin muutos (esim. sosiaalinen asema tai luottamustehtävät)	kyllä	ei	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3
(16) Läheisen sukulaisen kuolema	kyllä	ei	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3
(17) Läheisen sukulaisen vakava sairaus	kyllä	ei	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3
(18) Välikirjo tai riidat sukulaisten kanssa	kyllä	ei	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3
(19) Sukulaisen tai muun ulkopuolisen henkilön muutto perheeseen	kyllä	ei	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3
(20) Lapsen kuolema tai abortti tai keskenmeno (itsellä tai puolisoilla)	kyllä	ei	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3
(21) Lapsen vakava sairaus	kyllä	ei	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3
(22) Lapsen tai lapsenlapsen syntymä	kyllä	ei	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3
(23) Välikirjo lapsen kanssa	kyllä	ei	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3
(24) Lapsen muutto pois kotoa	kyllä	ei	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3
(25) Muutos lapsen päivähoito-asioissa	kyllä	ei	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3
(26) Läheisen ystävän kuolema	kyllä	ei	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3
(27) Läheisen ystävän vakava sairaus	kyllä	ei	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3

(28) Välikikko ystävän kanssa	kyllä	ei	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3
(29) Olennainen muutos vapaa-ajan harrastuksissa	kyllä	ei	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3
(30) Olennainen muutos kanssakäymisessä ystävien ja tuttavien kanssa	kyllä	ei	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3
(31) Olennainen muutos tupakoinnissa	kyllä	ei	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3
(32) Olennainen muutos päihteiden käytössä	kyllä	ei	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3
(33) Olennainen muutos lääkkeiden käytössä	kyllä	ei	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3
(34) Olennainen muutos kahvin käytössä	kyllä	ei	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3
(35) Olennainen muutos nukkumisessa ja yöunessa	kyllä	ei	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3
(36) Olennainen muutos syömätavoissa ja ruokailutottumuksissa	kyllä	ei	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3

Muut tapahtumat, joilla on ollut vaikutusta elämäänne. Luetelkaa ja arvioikaa merkitys.

(37) _____			-3	-2	-1	0	+1	+2	+3
(38) _____			-3	-2	-1	0	+1	+2	+3

**9. Kun tunnette tai olette joskus tunteneet itsenne masentuneeksi, mitkä tekijät mielestänne aiheuttavat tai ovat aiheuttaneet masennusta juuri teidän kohdallanne?**

	kyllä	ei
(1) Lapsuuteen ja kasvatukseen liittyvät tekijät	1	2
(2) Äkilliset kriisit ja elämäntapahtumat	1	2
(3) Yksilölliset piirteet ja taipumukset	1	2
(4) Fyysiset tekijät (esim. sairaus, perimä)	1	2
(5) Työhön ja toimeentuloon liittyvät tekijät	1	2
(6) Virheelliset elämäntavat (esim. alkoholi, tupakka, liikunnanpuute)	1	2
(7) Ongelmat ihmissuhteissa	1	2
(8) Ihmissuhteiden puute / yksinäisyys	1	2
(9) Ajattelutapa (esim. ongelmien suurentelu, etukäteen murehtiminen)	1	2
(10) Yleiset sosiaaliset vaikutukset (esim. nopeat muutokset yhteiskunnassa, taloudellisten arvojen korostuminen)	1	2
(11) Yhteiskunnalliset ongelmat (esim. köyhyys, lähiöasuminen)	1	2
(12) Masennus elämäntapana	1	2
(13) Jokin muu. Mikä? _____		

**10. Saatteko mielestänne riittävästi ymmärrystä ja tukea ongelmiinne lähimmiltä ihmisiltänne?**

- 1 saan aivan riittävästi
- 2 saan melko riittävästi
- 3 en saa yleensä riittävästi
- 4 minulla ei ole ketään läheistä

**11. Kuinka usein tavallisesti harrastatte vapaa-ajan liikuntaa niin, että ainakin lievästi hengästytte ja hikoilette?**

- 0 päivittäin
- 1 4-6 kertaa viikossa
- 2 2-3 kertaa viikossa
- 3 kerran viikossa
- 4 harvemmin kuin kerran viikossa
- 5 en voi vammaan tai sairauden vuoksi harrastaa liikuntaa

**12. Kauanko harrastatte yleensä vapaa-ajan liikuntaa kerrallaan?**

- 0 alle 15 minuuttia
- 1 15-30 minuuttia
- 2 30-45 minuuttia
- 3 45-60 minuuttia
- 4 yli tunnin

**13. Millaiseksi yleisesti ottaen arvioitte nykyisen fyysisen kuntonne?**

- 0 erinomaiseksi
- 1 hyväksi
- 2 keskinkertaiseksi
- 3 keskinkertaista heikommaksi
- 4 heikoksi
- 5 en osaa sanoa

## LIITE 2.

TAULUKKO 2.1. Muuttujien väliset erot sukupuolen suhteen

Muuttujat	Järjestyslukujen ka		Z / $\chi^2$
	Naiset	Miehet	
BDI1	163.94	170.85	-.64
BDI2	76.17	92.27	-2.10*
LES(-)	78.04	80.68	-.35
DAS	76,16	89.37	-1.73
Sosiaalinen tuki	66.80	71.83	.57
Liikunnan frekvenssi	70.14	65.29	.49
Liikunnan kesto	68.12	69.25	.87
Koettu fyysinen kunto	66.77	71.89	.44

\*p&lt;.05

TAULUKKO 2.2. Muuttujien väliset erot iän suhteen

(1= 16 - 29-v., 2 = 30 - 39-v., 3 = 40 - 49-v., 4 = 50 - 59-v., 5 = 60 - 81-v.)

Muuttujat	Järjestyslukujen ka					$\chi^2$	Parivertailut
	1	2	3	4	5		
BDI1	145.47	159.85	178.63	195.20	201.38	15.57*	1<4,5; 2<4,5
BDI2	63.77	77.39	90.76	94.71	90.26	10.96*	1<3,4,5
LES(-)	84.88	70.11	67.26	76.88	94.75	6.26	-
DAS	77.90	73.61	78.19	77.34	104.45	6.32	-
Sosiaalinen tuki	61.52	65.86	74.00	78.82	63.70	4.70	-
Liikunnan frekvenssi	72.48	72.76	71.90	58.96	56.70	3.73	-
Liikunnan kesto	66.02	67.26	64.98	71.57	82.60	1.99	-
Koettu fyysinen kunto	67.04	65.61	73.35	66.63	77.65	1.38	-

\*p&lt;.05

## TAULUKKO 2.3. Muuttujien väliset erot siviilisäädyn suhteen

(1 = naimaton, 2 = naimisissa tai avoliitossa, 3 = asumuserossa tai eronnut, 4 = leski)

Muuttujat	1	2	3	4	$\chi^2$	Parivertailut
	Järjestyslukujen ka					
BDI2	106.09	70.86	95.06	112.30	16.43**	2<1,3,4
LES(-)	56.50	91.86	58.22	60.50	21.55***	2>1,3
DAS	83.22	74.87	92.87	122.50	7.71	-
Sosiaalinen tuki	80.07	64.01	72.50	83.50	4.46	-
Liikunnan frekvenssi	74.71	68.30	63.52	69.00	.95	-
Liikunnan kesto	61.24	72.01	58.13	89.13	4.35	-
Koettu fyysinen kunto	87.02	63.36	68.50	84.38	7.81	-

\*\*p&lt;.01, \*\*\*p&lt;.001

## TAULUKKO 2.4. Muuttujien väliset erot ammatillisen koulutuksen suhteen

(1= työllisyys- tai ammatillinen kurssi, 2 = ammatillinen koulu, 3 = ammatillinen opisto, 4 = korkeakoulututkinto, 5 = ei mikään edellä mainituista)

Muuttujat	1	2	3	4	5	$\chi^2$	Parivertailut
	Järjestyslukujen ka						
BDI2	85.76	79.22	65.96	88.64	94.23	8.20	-
LES(-)	77.27	82.67	76.56	83.20	74.30	.99	-
DAS	73.40	80.19	72.74	62.27	95.76	7.77	-
Sosiaalinen tuki	67.73	69.17	64.80	71.89	66.94	.83	-
Liikunnan frekvenssi	67.18	64.50	68.97	68.39	69.00	.16	-
Liikunnan kesto	66.84	65.71	61.83	77.00	67.89	3.46	-
Koettu fyysinen kunto	76.52	63.50	72.22	55.68	75.56	7.18	-

## LIITE 3.

TAULUKKO 3.1. Masennuksen kausaaliattribuutiot sukupuolen suhteen

Muuttujat		Naiset		Miehet		$\chi^2$
		f	%	f	%	
Lapsuuteen ja kasvatukseen liittyvät tekijät	kyllä	42	40.8	13	21.3	6.51**
	ei	61	59.2	48	78.7	
Äkilliset kriisit ja elämäntapahtumat	kyllä	77	74.8	37	60.7	3.60
	ei	26	25.2	24	39.3	
Yksilölliset piirteet ja taipumukset	kyllä	36	35.0	10	16.4	6.54**
	ei	67	65.0	51	83.6	
Fyysiset tekijät	kyllä	38	37.3	26	42.6	.46
	ei	64	62.7	35	57.4	
Työhön ja toimeentuloon liittyvät tekijät	kyllä	68	66.7	36	59.0	.97
	ei	34	33.3	25	41.0	
Virheelliset elämäntavat	kyllä	24	23.3	27	44.3	7.6**
	ei	79	76.7	34	55.7	
Ongelmat ihmissuhteissa	kyllä	57	56.4	30	49.2	.81
	ei	44	43.6	31	50.8	
Ihmissuhteiden puute/ yksinäisyys	kyllä	30	29.4	21	34.4	.47
	ei	72	70.6	40	65.6	
Ajattelutapa	kyllä	53	51.5	28	45.9	.47
	ei	50	48.5	33	45.1	
Yleiset sosiaaliset vaikutukset	kyllä	13	12.6	19	31.7	8.72**
	ei	90	87.4	41	68.3	
Yhteiskunnalliset ongelmat	kyllä	20	19.4	20	32.8	3.71*
	ei	83	80.6	41	67.2	
Masennus elämäntapana	kyllä	7	7.1	17	27.9	12.81***
	ei	92	92.9	44	72.1	
Jokin muu	kyllä	14	13.6	5	8.2	1.01
	ei	89	86.4	56	91.8	

\*p&lt;.05, \*\*p&lt;.01, \*\*\*p&lt;.001

TAULUKKO 3.2. Masennuksen kausaaliattribuutiot iän suhteen

Muuttujat		16 - 29-v.		30 - 39-v.		40 - 49-v.		50 - 59-v.		60 - 81-v.		$\chi^2$
		f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	
Lapsuuteen ja kasvatukseen liittyvät tekijät	kyllä	14	42.1	14	42.4	9	37.5	9	32.1	4	40.0	.88
	ei	27	65.9	19	57.6	17.4	62.5	19	67.9	6	60.0	
Äkilliset kriisit ja elämäntapahtumat	kyllä	30	73.2	25	75.8	20	83.3	16	57.1	5	50.0	6.91
	ei	11	26.8	8	24.2	4	16.7	12	42.9	5	50.0	
Yksilölliset piirteet ja taipumukset	kyllä	13	31.7	16	48.5	9	37.5	11.6	17.9	0	0	11.80*
	ei	28	68.3	17	51.5	15	62.5	23	82.1	10	100.0	
Fyysiset tekijät	kyllä	13	31.7	14	42.4	10	43.5	12	42.9	5	55.6	2.36
	ei	28	68.3	19	57.6	13	56.5	16	57.1	4	44.4	
Työhön ja toimeentuloon liittyvät tekijät	kyllä	31	75.6	22	66.7	19	79.2	14	50.0	3	30.0	12.40*
	ei	10	24.4	11	33.3	5	20.8	14	50.0	7	70.0	
Virheelliset elämäntavat	kyllä	13	31.7	8	24.2	6	25.0	8	28.6	3	30.0	.64
	ei	28	68.3	25	75.8	18	75.0	20	71.4	7	70.0	
Ongelmat ihmissuhteissa	kyllä	28	68.3	21	63.6	11	47.8	9	33.3	2	20.0	14.16*
	ei	13	31.7	12	36.4	12	52.2	18	66.7	8	80.0	
Ihmissuhteiden puute/yksinäisyys	kyllä	20	50.0	6	18.2	6	25.0	8	28.6	4	40.0	9.72*
	ei	20	50.0	27	81.8	18	75.0	20	71.4	6	60.0	
Ajattelutapa	kyllä	22	53.7	18	54.5	17	70.8	10	35.7	3	30.0	8.43
	ei	19	46.3	15	45.5	7	29.2	18	64.3	7	70.0	
Yleiset sosiaaliset vaikutukset	kyllä	7	17.1	7	21.9	6	25.0	2	7.1	2	20.0	3.44
	ei	34	82.9	25	78.1	18	75.0	26	92.9	10	80.0	
Yhteiskunnalliset ongelmat	kyllä	9	22.0	8	24.2	10	41.7	4	14.3	3	30.0	5.62
	ei	32	78.0	25	75.8	14	58.3	24	85.7	7	70.0	
Masennus elämäntapana	kyllä	3	7.9	6	18.2	5	20.8	2	7.1	2	20.0	4.07 <sup>a</sup>
	ei	35	92.1	27	81.8	19	79.2	26	92.9	8	80.0	
Jokin muu	kyllä	5	12.2	5	15.2	4	16.7	3	10.7	0	0	2.12 <sup>a</sup>
	ei	36	87.8	28	84.8	20	83.3	25	89.3	10	100.0	

\*p<.05, <sup>a</sup> yli 30 % odotetuista frekvensseistä < 5



TAULUKKO 3.3. Masennuksen kausaaliattribuutiot siviilisäädyn suhteen

Muuttujat		Naimaton		Naimisissa tai avoliitossa		Asumuserossa tai eronnut		Leski		$\chi^2$
		f	%	f	%	f	%	f	%	
Lapsuuteen ja kasvatukseen liittyvät tekijät	kyllä	10	47.6	32	36.4	8	34.8	0	0	3.44
	ei	11	52.4	56	63.6	15	65.2	4	100.0	
Äkilliset kriisit ja elämäntapahtumat	kyllä	17	81.0	56	63.6	20	87.0	3	75.0	6.14
	ei	4	19.0	32	36.6	3	13.0	1	25.0	
Yksilölliset piirteet ja taipumukset	kyllä	8	38.1	26	29.5	8	34.8	1	25.0	.77
	ei	13	61.9	62	70.5	15	65.2	3	75.0	
Fyysiset tekijät	kyllä	11	52.4	33	37.9	9	39.1	1	33.3	1.55
	ei	10	47.6	54	62.1	14	60.9	2	66.6	
Työhön ja toimeentuloon liittyvät tekijät	kyllä	18	85.7	52	59.1	18	78.3	1	25.0	9.95*
	ei	3	14.3	36	40.9	5	21.7	3	75.0	
Virheelliset elämäntavat	kyllä	10	47.6	18	20.5	9	39.1	1	25.0	7.94*
	ei	11	52.4	70	79.5	14	60.9	3	75.0	
Ongelmat ihmissuhteissa	kyllä	17	81.0	44	51.2	10	43.5	0	0	12.05**
	ei	4	19.0	42	48.8	13	56.5	4	100.0	
Ihmissuhteiden puute/yksinäisyys	kyllä	13	61.9	17	19.5	11	47.8	3	75.0	20.66***
	ei	8	38.1	70	80.5	12	52.2	1	25.0	
Ajattelutapa	kyllä	18	85.7	40	45.5	1	43.5	2	50.0	11.76*
	ei	3	14.3	48	54.5	13	56.6	2	50.0	
Yleiset sosiaaliset vaikutukset	kyllä	5	25.0	10	11.4	8	34.8	1	25.0	7.88 <sup>a</sup>
	ei	15	75.0	78	88.6	15	65.2	3	75.0	
Yhteiskunnalliset ongelmat	kyllä	9	42.9	13	14.8	11	47.8	1	25.0	14.87**
	ei	12	57.1	75	85.2	12	52.2	3	75.0	
Masennus elämäntapana	kyllä	5	26.3	4	4.6	8	34.8	1	25.0	17.91*** <sup>a</sup>
	ei	14	73.7	83	95.4	15	65.2	3	75.0	
Jokin muu	kyllä	5	23.8	7	8.0	4	17.4	1	25.0	5.19 <sup>a</sup>
	ei	16	76.2	81	92.0	19	82.6	3	75.0	

\*p<.05, \*\*p<.01, \*\*\*p<.001, <sup>a</sup> yli 30 % odotetuista frekvensseistä < 5

TAULUKKO 3.4. Masennuksen kausaaliattribuutiot koulutuksen suhteen

Muuttujat		Ammattilinen koulutus		Ammattilinen opisto		Korkeakoulu- tutkinto		Ei mikään mainituista		$\chi^2$		
		f	%	f	%	f	%	f	%			
Lapsuuteen ja kasvatukseen liittyvät tekijät	kyllä	1	8.3	14	31.1	18	47.7	2	22.2	14	45.2	8.42
	ei	11	91.7	31	68.9	20	52.6	7	77.8	17	54.8	
Äkilliset kriisit ja elämäntapahtumat	kyllä	8	66.7	36	80.0	26	68.4	5	55.6	20	64.5	3.61
	ei	4	33.3	9	20.0	12	31.6	4	44.3	11	35.5	
Yksilölliset piirteet ja taipumukset	kyllä	2	16.7	14	31.1	14	36.8	3	33.3	10	32.3	1.73
	ei	10	83.3	31	68.9	24	63.2	6	66.7	21	67.7	
Fyysiset tekijät	kyllä	5	41.7	23	51.1	13	34.2	2	25.0	10	33.3	4.17
	ei	7	58.3	22	48.9	25	65.8	6	75.0	20	66.7	
Työhön ja toimeentuloon liittyvät tekijät	kyllä	7	58.3	32	71.7	24	63.2	6	66.7	19	61.3	1.23
	ei	5	41.7	13	28.9	14	36.8	3	33.3	12	38.7	
Virheelliset elämäntavat	kyllä	4	33.3	13	28.9	6	15.8	2	22.2	13	41.9	6.11
	ei	8	66.7	32	71.1	32	84.2	7	77.8	18	58.1	
Ongelmat ihmissuhteissa	kyllä	2	16.7	28	62.2	19	50.0	3	37.5	18	60.0	9.38
	ei	10	83.3	17	37.8	9	50.0	5	62.5	12	40.0	
Ihmissuhteiden puute/yksinäisyys	kyllä	3	25.0	17	38.6	8	21.1	2	22.2	14	45.2	5.99
	ei	9	75.0	27	61.4	30	78.9	7	77.8	17	54.8	
Ajattelutapa	kyllä	5	41.7	24	53.3	18	47.4	5	55.6	18	58.1	1.37
	ei	7	58.3	21	46.7	20	52.6	4	44.4	13	41.9	
Yleiset sosiaaliset vaikutukset	kyllä	2	16.7	10	22.2	6	15.8	1	11.1	5	16.7	1.01
	ei	10	83.3	35	77.8	32	84.2	8	88.9	25	83.3	
Yhteiskunnalliset ongelmat	kyllä	2	16.7	14	31.1	9	23.7	0	0	9	29.0	4.62
	ei	10	83.3	31	68.9	29	76.3	9	100.0	22	71.0	
Masennus elämäntapana	kyllä	1	8.3	6	13.6	3	7.9	0	0	8	27.6	7.56
	ei	11	91.7	38	86.4	35	92.1	9	100.0	21	72.4	
Jokin muu	kyllä	2	16.7	7	15.6	4	10.5	0	0	4	12.9	1.99 <sup>a</sup>
	ei	10	83.3	38	84.4	34	89.5	9	100.0	27	87.1	

<sup>a</sup> yli 30 % odotetuista frekvensseistä < 5

TAULUKKO 3.5. Masennuksen kausaaliattribuutit ammattiaseman mukaan

Muuttujat	Palkansaaja		Yrittäjä tai maanviljelijä		Työtön tai lomautettu		Opiskelija		Eläkkeellä		Hoidat omaa kotitaloutta tai olet vanhem-painlomalla tai hoitovapaalla		Teet jotain muuta		$\chi^2$
	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	
Lapsuuteen ja kasvatukseen liittyvät tekijät	9	20.5	1	16.7	14	38.9	4	57.1	11	47.8	7	50.0	4	80.0	13.64** <sup>a</sup>
Äkilliset kriisit ja elämäntapahtumat	32	72.7	2	33.3	27	75.0	6	85.7	14	60.9	10	71.4	4	80.0	6.45 <sup>a</sup>
Äkilliset piirteet ja taipumukset	12	27.3	4	66.7	9	25.0	1	14.3	9	39.1	4	28.6	1	20.0	
Fyysiset tekijät	32	72.7	5	83.3	24	66.7	5	71.4	17	73.9	7	50.0	3	60.0	
Työhön ja toimeentuloon liittyvät tekijät	16	37.2	0	0	17	47.2	1	14.3	13	59.1	5	35.7	2	40.0	10.23 <sup>a</sup>
Virheelliset elämäntavat	27	62.8	6	100.0	19	52.8	6	85.7	9	40.9	9	64.3	3	60.0	
Ongelmat ihmissuhteissa	30	68.2	2	33.3	29	80.6	4	57.1	8	34.8	11	78.6	4	80.0	17.76*** <sup>a</sup>
	14	31.8	4	66.7	7	19.4	3	42.9	15	65.2	3	21.4	1	20.0	
	13	29.5	0	0	10	27.8	3	42.9	9	39.1	3	21.4	0	0	6.79 <sup>a</sup>
	31	70.5	6	100.0	26	72.2	4	57.1	14	60.9	11	78.6	5	100.0	
	22	51.2	2	33.3	20	55.6	4	57.1	8	36.4	10	71.4	4	80.0	6.94 <sup>a</sup>
	21	48.8	4	66.7	16	44.4	3	42.9	14	63.6	4	28.6	1	20.0	

\*p<.05, \*\*p<.01, <sup>a</sup>ylti 30 % odotetuista frekvensseistä < 5

TAULUKKO 3.5. (jatkuu)

Muuttajat	Palkansaaja		Yrittäjä tai maanviljelijä		Työtön tai lomautettu		Opiskelija		Eiäkkeellä		Hoidat omaa kotitaloutta tai olet vanhem-painlomalla tai hoitovapaalla		Teet jotain muuta		$\chi^2$	
	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%		
Ihmissuhteiden puute/yksinäisyys	kyllä	12	27.3	0	0	13	37.1	1	14.3	8	34.8	6	42.9	3	60.0	7.34 <sup>a</sup>
	ei	32	72.7	6	100.0	22	62.9	6	85.7	15	65.2	8	57.1	2	40.0	
Ajattelutapa	kyllä	23	52.3	1	16.7	22	61.1	5	71.4	9	39.1	6	42.9	3	60.0	7.33 <sup>a</sup>
	ei	21	47.7	5	83.3	14	38.9	2	28.6	14	60.9	8	57.1	2	40.0	
Yleiset sosiaaliset vaikutukset	kyllä	7	15.9	0	0	9	25.7	0	0	4	17.4	4	28.6	0	0	6.58 <sup>a</sup>
	ei	37	84.1	6	100.0	26	74.3	7	100.0	19	82.6	10	71.4	5	100.0	
Yhteiskunnalliset ongelmat	kyllä	11	25.0	0	0	11	30.6	1	14.3	7	30.4	3	21.4	1	20.0	3.53 <sup>a</sup>
	ei	33	75.0	6	100.0	25	69.4	6	85.7	16	69.6	11	78.6	4	80.0	
Masennus elämäntapana	kyllä	4	9.5	0	0	6	16.7	1	14.3	6	26.1	0	0	0	0	8.02 <sup>a</sup>
	ei	38	90.5	6	100.0	30	83.3	6	85.7	17	73.9	4	100.0	4	100.0	
Jokin muu	kyllä	6	13.6	0	0	5	13.9	1	14.3	2	8.7	1	7.1	2	40.0	5.09 <sup>a</sup>
	ei	38	86.4	6	100.0	31	86.1	6	85.7	21	91.3	13	92.9	3	60.0	

<sup>a</sup> yli 30 % odotetuista frekvensseistä < 5

TAULUKKO 3.6. Masennuksen kausaaliatribuutioiden korrelaatiot

Muuttujat	1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.	8.	9.	10.	11.	12.
1. Lapsuuteen ja kasvatukseen liittyvät tekijät	-											
2. Äkilliset kriisit ja elämäntapahtumat	.12	-										
3. Yksilölliset piirteet ja taipumukset	.39***	.12	-									
4. Fyysiset tekijät	.18*	.08	.03	-								
5. Työhön ja toimeentuloon liittyvät tekijät	.10	.23**	.09	.17*	-							
6. Virheelliset elämäntavat	.05	.22**	.11	.21**	.23**	-						
7. Ongelmat ihmissuhteissa	.16*	.33***	.20**	.14	.35***	.26**	-					
8. Ihmissuhteiden puute ja yksinäisyys	.14	.16*	.22**	.23**	.28***	.32***	.30***	-				
9. Ajattelutapa	-.15	.18*	.31***	.15	.19*	.23**	.20*	.31***	-			
10. Yleiset sosiaaliset vaikutukset	-.02	.12	.12	.11	.28***	.17*	.15	.23**	.26**	-		
11. Yhteiskunnalliset ongelmat	.08	.19*	-.01	.22**	.33***	.23**	.19	.27***	.26**	.52***	-	
12. Masennus elämäntapana	.03	.13	.21**	.12	.25**	.47***	.23**	.37***	.25**	.38***	.49***	-

\*p&lt;.05, \*\*p&lt;.01, \*\*\*p&lt;.001

