

**HYVÄKSYMIS- JA OMISTAUTUMISTERAPIA
POHJAISEN RYHMÄINTERVENTION VAIKUTTAUVUUS
OPISKELIJOIDEN HYVINVOINTIIN**

Minni Muhonen ja Kaisa Pesonen

Pro gradu -tutkielma

Psykologian laitos

Jyväskylän yliopisto

Toukokuu 2019

JYVÄSKYLÄN YLIOPISTO

Psykologian laitos

MUHONEN, MINNI & PESONEN, KAISA: Hyväksymis- ja omistautumisterapia pohjaisen ryhmäintervention vaikuttavuus opiskelijoiden hyvinvointiin

Pro gradu -tutkielma, 43 s.

Ohjaajat: Raimo Lappalainen ja Panajiota Räsänen

Psykologia

Toukokuu 2019

Opiskelijoiden psyykkiset ongelmat ovat lisääntyneet 2000-luvulla ja opiskelijoilla esiintyy runsaasti stressiä, ahdistuneisuutta ja alakuloisuutta. Tuen tarpeen vuoksi opiskelijoille suunnattujen monipuolisten tukimallien tarjoaminen ja kehittäminen on tärkeää. Hyväksymis- ja omistautumisterapialla (HOT) on saatu hyviä tuloksia opiskelijoiden hyvinvoinnin edistämiseksi. Muun muassa HOT-ryhmäinterventiot ja HOT-verkkointerventiot on todettu toimiviksi tukimuodoiksi opiskelijoille. Jyväskylän yliopistossa kehitetyn Opiskelijan kompassi -verkko-ohjelman on tutkittu parantavan opiskelijoiden hyvinvointia ja vähentävän psyykkistä oireilua. Tässä pro gradu -tutkielmassa kehitettiin uudenlainen opiskelijoille suunnattu ryhmäinterventio, joka sisälsi Opiskelijan kompassi -verkko-ohjelman lisäksi viisi ryhmätapaamista ja kaksi yksilöllistä tapaamista ryhmänohjaajan kanssa. Ryhmäinterventio perustui hyväksymis- ja omistautumisterapiaan. Tutkimuksessa tarkasteltiin ryhmäintervention vaikuttavuutta opiskelijoiden psykologiseen hyvinvointiin ja psykologiseen joustavuuteen, ja verrattiin intervention vaikuttavuutta samaan verkko-ohjelmaan perustuvaan yksilöinterventioon. Lisäksi tutkimuksessa tarkasteltiin osallistujien ja ryhmänohjaajien kokemuksia ryhmäinterventiosta. Tutkimuksen aineisto analysoitiin tilastollisin menetelmin sekä teema-analyysii hyödyntäen. Tuloksina ryhmäintervention osallistujien hyvinvointi (MHC-SF) ja psykologinen joustavuus (AFQ-Y) lisääntyivät sekä yleinen ahdistuneisuus (GAD-7) ja masennusoireet (PHQ-9) vähenivät tilastollisesti merkitsevästi. Osallistujien sosiaalisessa hyvinvoinnissa (MHC-SF), stressioireissa (PSS) ja tietoisuustaidoissa (FFMQ) muutokset olivat lähes tilastollisesti merkitseviä. Ryhmäinterventio ja yksilöinterventio eivät eronneet vaikuttavuudeltaan tilastollisesti merkitsevästi toisistaan tarkasteltaessa muutoksia hyvinvoinnissa (MHC-SF), stressissä (PSS) ja tietoisuustaidoissa (FFMQ). Kaikki ryhmäintervention osallistajat kertoivat, että interventiosta on ollut heille hyötyä ja he ovat soveltaneet oppimaansa itsenäisesti arjessaan. Osallistajat kokivat HOT:iin perustuvan ryhmäintervention sekä kyseisen verkko-ohjelman ja ryhmätapaamisten yhdistelmän sopivaksi opiskelijoille. Tulosten perusteella lyhyt HOT-ryhmäinterventio on vaikuttava tukimuoto opiskelijoiden hyvinvoinnin tukemisessa. Ryhmäinterventiolla saatiin yhtä hyviä tuloksia kuin yksilöinterventiolla, joten ryhmäinterventiota voidaan suositella joko yksilöintervention rinnalle tai sen sijasta opiskelijoiden hyvinvoinnin tukemisessa.

Avainsanat: opiskelijoiden psykologinen hyvinvointi, hyväksymis- ja omistautumisterapia, ryhmäinterventio, verkkointerventio, psykologinen joustavuus

Sisällysluettelo

1. JOHDANTO	1
1.1 Hyvinvointi.....	1
1.2 Korkeakouluopiskelijoiden psykologinen hyvinvointi.....	2
1.3 Hyväksymis- ja omistautumisterapia.....	3
1.4 HOT-pohjaiset ryhmäinterventiot opiskelijoille.....	4
1.5 HOT-pohjaiset verkkointerventiot opiskelijoille.....	7
1.6 Opiskelijan kompassi.....	8
1.7 Tutkimuksen tarkoitus ja tutkimuskysymykset	10
2. MENETELMÄT	12
2.1 Tutkimuksen kulku	12
2.1.1 Osallistujat	13
2.1.2 Ryhmätapaamiset.....	14
2.2 Mittarit.....	18
2.2.1 Oiremittarit	18
2.2.2 Prosessimittarit	19
2.2.3 Elämänlaatumittarit	19
2.3 Aineiston analyysi	20
3. TULOKSET	22
3.1 Ryhmäintervention vaikuttavuus	22
3.2 Ryhmäintervention vertaaminen yksilöinterventioon.....	25
3.3 Osallistujien kokemuksia ryhmäinterventiosta.....	27
3.4 Ryhmänohjaajien kokemuksia ryhmäinterventiosta.....	30
4. POHDINTA	32
4.1 Tutkimuksen rajoitukset ja yleistettävyys	35
4.2 Johtopäätökset	36
5. LÄHTEET	38

1. JOHDANTO

1.1 Hyvinvointi

Hyvinvoinnin tutkimus on kasvanut tasaisesti viimeisten vuosikymmenten aikana. Silti kirjallisuudessa on yhä epäselvyyttä siitä, kuinka hyvinvoinnin käsite määritellään, kuinka hyvinvointia mitataan ja kuinka se erotetaan lähikäsitteistä kuten elämänlaatu, elämäntyytyväisyys ja onnellisuus. (Hartwell, 2013.) Vaaraman, Moision ja Karvosen (2010) mukaan hyvinvointi koostuu kolmesta osatekijästä: terveydestä, materiaalisesta hyvinvoinnista ja koetusta hyvinvoinnista. Koettu hyvinvointi tarkoittaa onnellisuutta ja tyytyväisyyttä elämään. Kun materiaallinen hyvinvointi eli toimeentulo ja elinolot ovat riittävällä tasolla, terveys ja koettu hyvinvointi alkavat määrittää enemmän yksilön hyvinvointia. Koettu hyvinvointi koostuu ihmissuhteista ja osallisuudesta, ympäristöstä, mielekkäästä tekemisestä sekä kunnioituksesta ja oikeudenmukaisuudesta yhteisössä. (Vaarama ym., 2010.)

WHO (World Health Organization, 2006) määrittelee terveyden koostuvan fyysisestä, psyykkisestä ja sosiaalisesta hyvinvoinnista, ei vain sairauden tai raihnaisuuden poissaolosta. Mielenterveys puolestaan määritellään hyvinvoinnin tasoksi, jossa yksilö tiedostaa oman potentiaalinsa, selviää elämän normaaleista stressitekijöistä, voi työskennellä tuottavasti ja on kykeneväinen osallistumaan yhteisönsä toimintaan (WHO, 2014). Hyvinvoinnin ja terveyden voi siis ajatella kulkevan käsi kädessä. Tässä tutkielmassa keskitytään hyvinvoinnin psykologiseen osa-alueeseen.

Psykologisen hyvinvoinnin käsitteen määrittelystä on kirjallisuudessa erilaisia näkemyksiä. Yksimielisiä ollaan kuitenkin siitä, että käsite on moniulotteinen. (Stamp ym., 2015.) Ryffin (1989) mukaan psykologinen hyvinvointi koostuu kuudesta erillisestä osa-alueesta, joita ovat 1) itsensä hyväksyminen, 2) positiiviset (merkitykselliset) suhteet muihin ihmisiin, 3) autonomia, 4) ympäristön hallinta eli kyky valita tai luoda itselle sopiva ympäristö, 5) elämän tarkoitus (tunne, että elämällä on merkitys) ja 6) henkilökohtainen kasvu. Psykologinen hyvinvointi ei siis tarkoita vain negatiivisten asioiden puuttumista eikä suoranaisesti liity mielialaan. Toki esimerkiksi psyykkiset ongelmat heikentävät merkittävästi psykologista hyvinvointia.

1.2 Korkeakouluopiskelijoiden psykologinen hyvinvointi

Ylioppilaiden terveydenhoitosäätiön (YTHS) vuonna 2016 toteuttamassa korkeakouluopiskelijoiden terveystutkimuksessa (KOTT) (Kunttu, Pesonen ja Saari, 2017) tutkittiin opiskelijoiden kokonaisvaltaista terveyttä ja hyvinvointia kyselytutkimuksen avulla. Tulosten mukaan opiskelijoiden psyykkiset ongelmat ovat lisääntyneet 2000-luvulla, erityisesti miehillä. Hyväksi tai erittäin hyväksi henkisen hyvinvointinsa koki 66 % tutkimuksen vastaajista. Psyykkisiä vaikeuksia, kuten jatkuvaa ylläsurin kokemuksen, itsensä kokemuksen onnettomaksi ja masentuneeksi tai valvomista huolien vuoksi, ilmoitti 30 % vastanneista. Lisäksi vastanneista 33 % koki runsasta stressiä, jota aiheuttivat yleisimmin esiintyminen sekä vaikeus saada otetta opiskelusta. Vastanneista opiskelijoista 16 % kärsi päivittäin jostain psyykkisestä oireesta, kuten uniongelmista, keskittymisvaikeuksista, masentuneisuudesta ja/tai ahdistuneisuudesta. Naisilla esiintyi näitä kaikkia edellä mainittuja psyykkisiä oireita enemmän kuin miehillä. Diagnosoidun masennuksen ja ahdistuneisuushäiriön osuuden todettiin tutkimuksessa lähes kolminkertaistuneen vuodesta 2000.

Vuoden 2014 opiskelijabarometrin (Villa, 2016) mukaan noin kolmasosa korkeakouluopiskelijoista oli viimeisen kahden viikon aikana kokenut itsensä vähintään jossain määrin masentuneeksi tai alakuloiseksi. Koettua stressiä kysyttäessä vastaukset sijoituivat asteikolla 0-10 yleisimmin arvoihin 7 ja 8. Masentuneisuuden, alakuloisuuden ja stressin tuntemukset olivat yliopisto-opiskelijoilla hieman yleisempiä kuin ammattikorkeakouluopiskelijoilla.

Saari ja Villa (2017) selvittivät yliopisto-opiskelijoiden hyvinvointivajeita, niiden kasautumista ja yhteyttä psyykkiseen oireiluun. Aineistona käytettiin vuosina 2004–2016 tehtyjä Korkeakouluopiskelijoiden terveystutkimuksia. Tulosten perusteella voimakkaimmin yliopisto-opiskelijoiden psyykkistä oireilua selittivät vajeet sosiaalisen hyvinvoinnin osa-alueella. Emotionaalisen tai sosiaalisen yksinäisyyden kokeminen oli kasvussa ja vuonna 2016 7 % opiskelijoista raportoi kokevansa usein yksinäisyyttä. Lisäksi toimeentulo-ongelmat katsottiin välittyvän psyykkiseksi oireiluksi aiempaa voimakkaammin, mitä voidaan tutkimuksen mukaan selittää opiskelijoiden toimeentulo-ongelmien yleistymisellä. Myönteinen tulos oli, että opiskelijat olivat aiempaa tyytyväisempiä koulutusvalintoihinsa, opintomenestykseensä ja erityisesti ohjaukseen.

Yleisimmät voimavaroja tuottavat asiat opiskelijoilla olivat Korkeakouluopiskelijoiden terveystutkimuksen (Kunttu ym., 2017) mukaan ihmissuhteet ja seksuaalisuus. Yliopisto-opiskelijoiden kokema päivittäistä hyvinvointia ja stressiä käsittelevässä tutkimuksessa (Rahikainen, 2016) tärkeimmiksi hyvinvointia tuottaviksi tekijöiksi mainittiin mm. läheiset

ihmissuhteet, opiskelu ja koulutehtävien tekeminen, riittävä määrä vapaa-aikaa sekä fyysinen terveys, uni ja lepo. Merkittävimmiksi hyvinvointia heikentäviksi tekijöiksi puolestaan mainittiin mm. unen puute ja uniongelmat, ajanhallinnan ongelmat, sairastaminen, PMS, allergia ja kivut, koulutehtävät, jaksamisen ja motivaation ongelmat sekä kodin pyörittäminen. Opiskelu koettiin tässä tutkimuksessa siis sekä hyvinvointia edistävänä että sitä vähentävänä seikkana. Se mainittiin myös stressinhallintakeinona, sillä opiskelu ja koulutehtävien tekeminen vähensivät niihin liittyvää stressiä.

1.3 Hyväksymis- ja omistautumisterapia

Yksi mahdollisuus opiskelijoiden psykologisen hyvinvoinnin edistämiseen on hyväksymis- ja omistautumisterapia. Hyväksymis- ja omistautumisterapia (HOT) kuuluu niin kutsuttuihin kolmannen aallon kognitiivisiin käyttäytymisterapioihin. HOT:n teoria perustuu suhdekehysteoriaan (engl. Relational Frame Theory, RFT), jonka mukaan ihmisen kyky luoda kielellisiä yhteyksiä eri tapahtumien ja asioiden välille on patologisoituessaan yhteydessä moniin psyykkisiin ongelmiin. (Hayes, Luoma, Bond, Masuda & Lillis, 2006.) Hyväksymis- ja omistautumisterapiassa tavoitellaan kuutta pääprosessia, joita ovat: 1) arvot, 2) arvojen mukaiset teot, 3) tietoinen läsnäolo, 4) kognitiivinen defuusio eli kielellisen kontrollin heikentäminen, 5) hyväksyntä ja 6) minä kontekstina eli omien ajatusten ja tunteiden havainnointi ja tarkastelu ilman, että ne ottavat valtaansa. Pääprosessit ovat positiivisia psykologisia taitoja, eivät keinoja välttää psykopatologiaa. Niihin pyrkimällä tavoitellaan psykologista joustavuutta eli kykyä olla täysin ja tietoisesti läsnä hetkessä sekä tehdä valintoja joustavasti omien arvojen pohjalta. (Hayes ym., 2006.)

Psykologisen joustavuuden on todettu olevan yhteydessä psyykkiseen hyvinvointiin (Wersebe, Lieb, Meyer, Hofer & Gloster, 2018; Marshall & Brockman, 2016; Fledderus, Bohlmeijer, Smit & Westerhof, 2010; Hayes ym., 2006) ja sen vastakohtana, psykologisen joustamattomuuden, puolestaan olevan yhteydessä psyykkiseen pahoinvointiin (Sairanen, Lappalainen & Hiltunen, 2018; Wei-Po ym., 2017). HOT:n näkökulmasta psykopatologia johtuu pääasiassa psykologisesta joustamattomuudesta eli kyvyttömyydestä muuttaa tai ylläpitää käyttäytymistä niin, että se palvelisi pitkän aikavälin arvojen mukaisia päämääriä. Useat pitkittäistutkimukset osoittavat, että psykologisen joustavuuden taso vaikuttaa myöhempään mielenterveyteen, ei toisinpäin. (Hayes ym., 2006.)

Hyväksymis- ja omistautumisterapiassa negatiivisia ajatuksia tai haitallisia käsityksiä asioiden välisistä yhteyksistä ei pyritä poistamaan, vaan suhtautumista niihin pyritään muuttamaan ja näin heikentämään niiden vaikutusta. Tärkeää ei ole keskittyä ajatusten ja muun kognitiivisen toiminnan sisältöön, vaan niiden vaikutukseen. (Hayes ym., 2006.) HOT-interventioissa käytetään muun muassa erilaisia kokemuksellisia harjoituksia, metaforia ja tietoisuustaitoharjoituksia (Hayes, 2016).

Hyväksymis- ja omistautumisterapia näyttää vaikuttavan epätavallisen laajaan joukkoon erilaisia häiriöitä ja ongelmia työstressistä psykooseihin (Hayes ym., 2006). Tämä ongelmien laajuus viittaa siihen, että HOT on transdiagnostinen ja yhtenäinen malli (Hayes, Strosahl & Wilson, 2012). Hyväksymis- ja omistautumisterapia on todettu vaikuttavaksi muun muassa masennusoireisiin (Heydari, Masafi, Jafari, Saadat & Shahyad, 2018; Kohtala, Lappalainen, Savonen, Timo & Tolvanen, 2015; Lappalainen, Langrial, Oinas-Kukkonen, Tolvanen & Lappalainen, 2015; Forman ym., 2012; Forman, Herbert, Moitra, Yeomans & Geller, 2007), ahdistukseen (Heydari ym., 2018; Forman ym., 2012; Forman ym., 2007; Dalrymple & Herbert, 2007), stressiin (Räsänen, Lappalainen, Muotka, Tolvanen & Lappalainen, 2016; Brinkborg, Michanek, Hesser & Berglund, 2011), elämänlaatuun (Omid & Talighi, 2017; Dalrymple & Herbert, 2007), sosiaaliseen fobiaan (Craske ym., 2014; Niles ym., 2014), fyysiseen aktiivisuuteen (Kangasniemi, Lappalainen, Kankaanpää, Tolvanen & Tammelin, 2015), syömiskäyttäytymiseen (Järvelä-Reijonen ym., 2018), tinnitykseen (Hesser ym., 2012; Westin ym., 2011), krooniseen kipuun (Thorsell ym., 2011; Wetherell ym., 2011; Wicksell, Olsson & Hayes, 2011) ja aggressiiviseen käyttäytymiseen (Zarling, Lawrence & Marchman, 2015). Huomionarvoista on, että monet HOT-interventiot ovat hyvin lyhyitä ja silti vaikuttavia (Hayes ym., 2006).

1.4 HOT-pohjaiset ryhmäinterventiot opiskelijoille

Hyväksymis- ja omistautumisterapiaa on useimmiten toteutettu yksilöinterventioina. Ryhmäinterventioilla voidaan kuitenkin saavuttaa useita hyötyjä verrattuna yksilöinterventioihin. Ryhmäinterventiot vähentävät eristäytymistä, epärealistista häpeän tunnetta ja auttavat ymmärtämään, että muut kokevat samanlaisia ongelmia (Koutra, Katsiadram & Diakogiannis, 2010). Ryhmä voi toimia muutoksen vahvikkeena ja muista ryhmäläisistä voi ottaa mallia (Liber ym., 2008). Ryhmätyöskentely voi myös auttaa huomaamaan, kuinka muut ihmiset kokevat asioita (Counselman, 2008). Ryhmäinterventiot on useissa tutkimuksissa (Cuijpers, van Straten, Andersson

& van Oppen, 2008; Lockwood, Page, & Conroy-Hiller, 2004; Sharp, Power & Swanson, 2004) todettu yhtä vaikuttaviksi kuin yksilöinterventiot. Ryhmäterapian kustannustehokkuudesta yksilöterapiaan verrattuna on saatu kuitenkin ristiriitaisia tutkimustuloksia. Esimerkiksi masennuksen hoidossa ryhmäterapia vaikuttaa olevan yksilöterapiaa kustannustehokkaampi vaihtoehto, kun taas ahdistuksen hoidossa yksilöterapia toimii paremmin (Tucker & Oei, 2007).

Hyväksymis- ja omistautumisterapia luetaan kuuluvaksi uudemman aallon kognitiivisiin käyttämisterapioihin. ”Perinteiseen” kognitiiviseen käyttäytymisterapiaan (KKT) perustuvien ryhmäinterventioiden on todettu olevan tehokkaita opiskelijoiden hyvinvoinnin tukemisessa. Tutkimusten mukaan KKT-ryhmäinterventiot vähentävät ahdistusta (Molla Jafar, Salabifard, Mousavi & Sobhani, 2015; Koutra ym., 2010; Seligman, Schulman & Tryon, 2007) ja masennusoireita (Koutra ym., 2010; Seligman, Schulman & Tryon, 2007), parantavat itsetuntoa (Koutra ym., 2010) ja elämäntyytyväisyyttä (Seligman, Schulman & Tryon, 2007) sekä lisäävät psykologista kestävyyttä ja minäpystyvyyden tunnetta (Molla Jafar, Salabifard, Mousavi & Sobhani, 2015). Bernhardsdottir, Champion ja Skärsäter (2014) tutkivat naisopiskelijoiden kokemuksia lyhyeen KKT-ryhmäinterventioon osallistumisesta. Tuloksena opiskelijoiden stressin käsittely, itsemyötätunto ja itseluottamus paranivat. He oppivat huomaamaan ajatusten, tunteiden ja käyttäytymisen välisiä suhteita sekä käsittelemään ongelmia ja toimimaan haastavissa tilanteissa paremmin. Ryhmä kannusti tekemään muutoksia jokapäiväisessä elämässä ja opiskelijat alkoivat huomata ja tehdä enemmän itselleen mieluisia asioita. Koutran ym. (2010) mukaan ryhmäinterventioiden kehittäminen yksilöllisten tukimuotojen rinnalle on tarpeen yliopisto-opiskelijoiden mielenterveyden tukemisessa.

Myös hyväksymis- ja omistautumisterapiaan pohjautuvat interventiot on todettu tehokkaiksi opiskelijoiden hyvinvoinnin edistämisessä (Howell & Passmore, 2018). Opiskelijoilla esiintyy laajasti erilaisia haasteita ja psykologisia ongelmia (Levin, Haeger, Pierce & Twohig, 2017), joten HOT:n transdiagnostinen näkökulma sopii hyvin opiskelijoiden tukemiseen (Hayes, Pistorello & Levin, 2012).

HOT:iin perustuvia interventioita on toteutettu myös ryhmämuotoisina ja ne on todettu toimiviksi opiskelijoilla. Suomalaisille yliopisto-opiskelijoille suunnatussa HOT:iin pohjautuvassa ryhmävalmennuksessa saatiin hyviä tuloksia osallistujien hyvinvoinnin tukemisessa (Pietikäinen & Malmberg-Virta, 2016). Ryhmä perustui tietoisuustaitojen harjoitteluun ja arvotyöskentelyyn. Työskentelyn tavoitteena oli opettaa osallistujille uusia taitoja sekä niiden soveltamista omaan elämään. Ryhmään osallistui 10 opiskelijaa. Kolmen tunnin mittaisia tapaamisia oli neljä ja ne järjestettiin joka toinen viikko, minkä lisäksi osallistujat tekivät harjoituksia itsenäisesti vapaa-ajallaan. Tuloksena ryhmään osallistuneiden psyykinen vointi parani, psykologinen joustavuus ja

itsemyötätunto lisääntyivät sekä ajatusten tukahduttaminen väheni. Lähes kaikki osallistujat kertoivat oppineensa uutta ryhmän aikana. Ryhmävalmennuksen hyödyllisimpiä asioita kysyttäessä kaikki HOT:n teemat mainittiin ja vastanneista kaikki suosittelisivat ryhmää myös muille opiskelijoille.

Kanadalaisessa, yliopisto-opiskelijoita koskevassa tutkimuksessa (Grégoire, Lachance, Bouffard & Dionne, 2018) HOT-interventioryhmän osallistujat (n=72) osallistuivat neljän viikon ajan viikoittain 2,5 tunnin mittaiseen työpajaan ja tekivät harjoituksia kotona. Loppumittauksissa interventioryhmän opiskelijoiden psykologinen joustavuus, hyvinvointi ja koulusitoutuminen olivat korkeammalla tasolla kuin kontrolliryhmän opiskelijoilla (n=72). HOT-interventioryhmän osallistujat raportoivat myös vähemmän stressi-, ahdistus- ja masennusoireita kuin kontrolliryhmän osallistujat.

Iranilaisessa tutkimuksessa (Karimi & Aghaei, 2018) tutkittiin HOT:iin perustuvan ryhmäintervention vaikuttavuutta 15–18 -vuotiaiden naispuolisten lukio-opiskelijoiden masennus-, ahdistus- ja stressioireisiin. Tutkimukseen osallistui 30 opiskelijaa, jotka jaettiin HOT-interventioryhmään (n=15) ja kontrolliryhmään (n=15). Interventioryhmän opiskelijat osallistuivat kahdeksaan tunnin mittaiseen ryhmätapaamiseen, jotka järjestettiin viikon välein. Tutkimuksen tuloksena interventioryhmän osallistujien ahdistus-, stressi- ja masennusoireet vähenivät.

Australiassa ja Ruotsissa tehdyissä kahdessa pilottitutkimuksessa (Livheim ym., 2015) tutkittiin lyhyiden HOT-ryhmäinterventioiden tehokkuutta masennusoireisiin ja stressiin oppilailta, joilla esiintyi erilaisia psykososiaalisia ongelmia. Australialaisen tutkimuksen (n=66) osallistujat olivat 12–18 -vuotiaita ja ruotsalaisen tutkimuksen (n=32) 14–15 -vuotiaita oppilaita. Molemmissa tutkimuksissa osallistujat randomisoitiin HOT-ryhmäinterventioon tai kontrolli-interventioon, jossa tarjottiin yksilöllistä tukea kouluterveydenhuollossa. HOT-ryhmäinterventio sisälsi kahdeksan 90 minuutin tapaamista. Australialaisessa tutkimuksessa HOT-ryhmäintervention osallistujien masennusoireet laskivat ja psykologinen joustavuus kasvoi verrattuna kontrolliryhmään. Ruotsalaisessa tutkimuksessa HOT-ryhmäinterventioon osallistuneiden stressi- ja ahdistusoireet vähenivät sekä tietoisuustaidot lisääntyivät verrattuna kontrolliryhmään. Tutkimusten yhteinen johtopäätös oli, että HOT:iin perustuva interventio vaikuttaa lupaavalta tukimuodolta nuorten stressi- ja masennusoireiden hoitamiseen. HOT-ryhmäinterventioilla saatiin parempia tuloksia kuin tavanomaisella yksilötuella.

Australialaisessa tutkimuksessa (Pakenham & Stafford-Brown, 2013) 56 kliinisen psykologian jatko-opiskelijaa osallistui hyväksymis- ja omistautumisterapiaan perustuvaan ryhmäinterventioon. Intervention tarkoituksena oli kehittää osallistujien stressinkäsittelyä sekä kliinisiä taitoja. Ryhmä kokoontui kerran viikossa neljän viikon ajan, kolme tuntia kerrallaan.

Ryhmäinterventio sisälsi opetuksellisia osioita, ryhmäkeskusteluja, kokemuksellisia harjoituksia, kirjoitettuja ja auditiivisia materiaaleja sekä tapaamisten välillä tehtäviä harjoituksia. Suurin osa interventioon osallistuneista psykologian opiskelijoista koki intervention hyödylliseksi sekä henkilökohtaisesti että ammatillisesti ja he suosittelisivat sitä myös muille kliinisen psykologian jatko-opiskelijoille. Enemmistö osallistujista raportoi merkittävää kehittymistä jokaisessa HOT:n prosessissa, mikä osoittaa psykologisen joustavuuden lisääntyneen. Tutkimuksen tulokset tukevat HOT-menetelmien käyttöä stressin käsittelyssä.

Lupaavia tuloksia hyväksymis- ja omistautumisterapian vaikuttavuudesta on saatu myös tapaustutkimuksesta (Daltry, 2015), jossa neljä opiskelijaa osallistui HOT:iin perustuvaan stressinhallintaryhmään. Osallistujien kokemuksellinen välttäminen ja ahdistusoireet vähenivät ja heidän stressinsietokykynsä kasvoi. Opiskelijoille suunnatut HOT-ryhmäinterventiot on todettu toimiviksi myös opintojen viivyttelyn vähenemiseen (Wang ym., 2017; Dionne ym., 2016) sekä akateemiseen suoriutumiseen ja valmistumiseen (Sandoz, Kellum & Wilson, 2017).

1.5 HOT-pohjaiset verkkointerventiot opiskelijoille

Verkkointerventiot voivat olla hyödyllinen apuväline kasvokkain toteutetuille interventioille. Verkkointerventioilla tarkoitetaan internetissä itsenäisesti tehtäviä interventio-ohjelmia terveyteen ja mielenterveyteen tukea ja apua etsiville käyttäjille. Interventioiden tavoitteena on saada aikaan positiivisia muutoksia sekä lisätä tietämystä ja ymmärrystä. Verko-interventiot voivat olla yhdistelmä esimerkiksi ohjelman asiasisältöä, multimedialla (kuva, grafiikka, ääni ja video), erilaisia interaktiivisia verkkotoimintoja sekä ohjausta ja palautetta. (Barak, Klein & Proudfoot, 2009).

Verkko-ohjelmilla voidaan tavoittaa suuri joukko ihmisiä tarjoamalla heille avoin pääsy verkkosivuille tai mobiilisovellukseen (Litvin, Abrantes & Brown, 2013). Verkkointerventioiden etuna on, että käyttäjät voivat käyttää ohjelmaa ulkopuolisista tekijöistä, kuten ajasta ja paikasta, riippumatta missä ja milloin vain. Verkkointerventiot voivat sopia myös niille, jotka eivät halua osallistua perinteiseen kasvokkaiseen hoitoon esimerkiksi kustannusten tai ongelmiin liittyvän stigman pelossa. (Litvin ym., 2013.) Verkossa tapahtuva kommunikointi, esimerkiksi kirjoittamalla, voi olla rehellisempää kuin kasvokkain kommunikoitaessa erityisesti silloin, kun asiakas kokee olonsa epämukavaksi kasvokkaisissa tapaamisissa. Verkon kautta tapahtuva kommunikointi ei kuitenkaan ole niin spontaania kuin kasvokkain tapahtuva ja nonverbaalisen käyttäytymisen

tarjoama tieto voi jäädä huomaamatta viestittäessä internetin välityksellä. (Mora, Nevid & Chaplin, 2008.)

Verkkointerventioiden on todettu olevan tehokkaita erilaisten ongelmien, kuten masennuksen (Yang, Hur, Kwak & Choi, 2018; Heber ym., 2017; Lappalainen ym., 2015; Lappalainen ym., 2014; Musiat ym., 2014); Cowpewart ym., 2013), stressin (Meredith & Frazier 2019; Heber ym., 2017), ahdistuksen (Heber ym., 2017; Musiat ym., 2014), syömishäiriöiden (Aardom ym., 2016; Ter Huurne ym., 2015) ja kroonisen kivun (Buhrman ym., 2013) hoidossa.

Verkkointerventioiden voisi ajatella sopivan hyvin opiskelijoiden tukemiseen. Enemmistö opiskelijoista on nuoria aikuisia, joiden tiedetään käyttävän internetiä aktiivisesti, useita kertoja päivässä (Horgan & Sweeney, 2012). Nuoret aikuiset hakeutuvan muuta väestöä keskimääräisesti heikommin perinteiseen hoitoon terveydenhuollon kautta (Horgan & Sweeney, 2012; Stallman, 2010), jolloin internet voi tarjota heille vaihtoehdon kommunikointiin ja tiedon etsintään (Horgan & Sweeney, 2012). Suurin osa nuorista aikuisista etsiikin internetistä terveyteen liittyvää tietoa (Horgan & Sweeney, 2012; Rideout, 2001).

HOT-pohjaisilla verkkointerventioilla on saatu hyviä tuloksia opiskelijoiden hyvinvoinnin tukemisessa. Interventiot on todettu vaikuttaviksi muun muassa masennukseen (Viskovich & Pakenham, 2018; Levin, Haeger, Pierce & Twohig, 2017; Räsänen ym. 2016; Levin, Pistorello, Seeley & Hayes, 2013), stressiin (Viskovich & Pakenham, 2018; Levin ym., 2017; Räsänen ym., 2016), ahdistukseen (Viskovich & Pakenham, 2018; Levin ym., 2017; Levin ym., 2013) ja opiskeluhuoliin (Levin ym., 2017). Lisäksi HOT-verkkointerventioiden on todettu parantavan opiskelijoiden sosiaalista, psykologista ja emotionaalista hyvinvointia (Viskovich & Pakenham, 2018; Räsänen ym., 2016), elämäntyytyväisyyttä (Viskovich & Pakenham, 2018; Räsänen ym., 2016), itsemyötätuntoa (Viskovich & Pakenham, 2018) ja itsetuntoa (Räsänen ym., 2016). HOT-verkkointerventiot lisäävät myös HOT-tietämystä (Levin ym., 2013) ja kehittävät eri HOT-prosesseja, kuten hyväksyntää (Viskovich & Pakenham, 2018) ja tietoisuustaitoja (Räsänen ym., 2016).

1.6 Opiskelijan kompassi

Opiskelijan kompassi on Jyväskylän yliopistossa kehitetty verkkopohjainen hyvinvointi- ja elämäntaito –ohjelma, joka perustuu hyväksymis- ja omistautumisterapiaan. Ohjelma on osa Jyväskylän yliopiston laajempaa Student Life -toimintamallia, jonka tavoitteena on ylläpitää ja

tukea opiskelua ja opiskelukykyä. Opiskelijan kompassissa on kolme reittiä (stressi, mieli maassa ja ahdistus), joista opiskelija valitsee yhden. Jokainen reitti koostuu viidestä rastista: 1) Arvot, 2) Toimi arvojesi mukaan, 3) Ole läsnä, 4) Vapaudu mielesi vallasta ja 5) Havainnoi ja hyväksy. Rastit sisältävät erilaisia harjoituksia, metaforia ja teoretietoa.

Opiskelijan kompassi -ohjelman on todettu edistävän psykologista, emotionaalista ja sosiaalista hyvinvointia sekä vähentävän stressi- ja masennusoireita. Lisäksi opiskelijoiden tietoisuustaidot, elämäntyytyväisyys ja itsetunto ovat parantuneet. (Räsänen ym., 2016.) Jokainen Jyväskylän yliopiston opiskelija voi seurata verkko-ohjelmaa joko itsenäisesti tai tukihenkilön tuella yksilöohjauksessa. Muutaman kuukauden kestävästä yksilöohjauksesta (yksilöinterventio) tarjotaan Jyväskylän yliopistossa kaksi kertaa vuodessa, syksyisin ja keväisin. Yksilöohjauksessa osallistuja saa itselleen henkilökohtaisen tukihenkilön, joka tapaa osallistujan kasvokkain ohjelman alussa, puolivälissä ja lopussa. Lisäksi tukihenkilö antaa osallistujalle viikoittain palautetta ohjelmassa etenemisestä verkon välityksellä.

Nyt ohjattua Opiskelijan kompassi -ohjelmaa kokeillaan ensimmäisen kerran ryhmämuotoisena. Ryhmäinterventio sisältää verkko-ohjelman lisäksi viisi ryhmätapaamista ja kaksi yksilöllistä tapaamista ryhmänohjaajan kanssa. Osallistujat eivät saa ohjelman aikana yksilöllistä palautetta verkko-ohjelmassa etenemisestä. Sekä yksilö- että ryhmämuotoisessa tuessa ohjaus ja osallistuminen on osallistujille täysin maksutonta.

KUVA 1: Opiskelijan kompassin Stressin käsittely -reitit aloitussivu

FI | DE | IT

Etusivu **Stressi** Mieli maassa Jännitys tai ahdistus Harjoituksia Lisämateriaalit

Pääsivu > Stressi

REITTI STRESSIN KÄSITTELYYN

Miksi muuttaa suuntaa?

LOPUKSI

5. RASTI: HAVANNOI JA HYVÄKSY
tunteesi ja ajatuksesi

4. RASTI: VAPAUDU
mielesi vallasta

3. RASTI: OLE LÄSNÄ
Elä tässä hetkessä

ALOITA TÄSTÄ

1. RASTI: ARVOT
Selvitä mikä sinulle on tärkeää

2. RASTI: TOIMI
arvojesi mukaan

REITIN KUVAUS

MITEN KÄSITTELEN STRESSIÄ?

MIKSI MUUTTAA SUUNTAAN?

KOKEILE REITTIÄ STRESSIN KÄSITTELYYN

1.7 Tutkimuksen tarkoitus ja tutkimuskysymykset

Opiskelijoilla esiintyy runsaasti stressiä ja alakuloisuutta (Villa, 2016) ja opiskelijoiden psyykkiset ongelmat ovat lisääntyneet 2000-luvulla (Kunttu, Pesonen & Saari, 2017). Jo olemassa olevat tukipalvelut eivät pysty vastaamaan opiskelijoiden kasvavaan tuen tarpeeseen. Näin ollen uusien ja monipuolisten opiskelijoille suunnattujen tukimallien tarjoaminen ja kehittäminen on tärkeää. Hyväksymis- ja omistautumisterapialla on saatu hyviä tuloksia opiskelijoiden hyvinvoinnin edistämisessä. HOT-ryhmäinterventiot (Grégoire ym., 2018; Karimi & Aghaei, 2018; Pietikäinen & Malmberg-Virta, 2016; Livheim ym., 2015; Pakenham & Stafford-Brown, 2013) ja HOT-verkkointerventiot (Viskovich & Pakenham, 2018; Levin ym., 2017; Räsänen ym., 2016) on todettu vaikuttaviksi opiskelijoiden hyvinvointiin, mutta HOT:iin perustuvia ryhmä- ja verkkointerventioiden yhdistelmiä ei ole juurikaan tutkittu.

Jyväskylän yliopistossa kehitetyn Opiskelijan kompassi -verkko-ohjelman on todettu parantavan opiskelijoiden hyvinvointia sekä vähentävän psyykkistä oireilua (Räsänen ym., 2016). Koska ohjelma on tarjolla jo itsenäisesti suoritettavana sekä yksilöllisesti ohjattuna, on nyt tarkoituksena kehittää näiden tukimuotojen rinnalle ryhmämuotoista toimintaa. Ryhmäinterventio kehittäminen on tärkeää, sillä ryhmän avulla tukea voidaan tarjota kerralla suuremmalle joukolle opiskelijoita pienemmällä määrällä tukihenkilöitä. Ryhmäinterventio tuo monipuolisuutta tuen tarjontaan ja osa opiskelijoista voi haluta tukea nimenomaan ryhmän muodossa. Ryhmätoiminta voi tarjota sellaisia yhteisöllisyyden ja jakamisen kokemuksia, joita yksilötyöskentelyssä ei saavuteta. Entistä suurempi osa opiskelijoista kokee yksinäisyyden kokemuksia tai läheisen ihmisen tai läheisen keskustelutuen puutetta (Kunttu, 2017). Ryhmätuki voi vastata yksilötukea paremmin näihin tarpeisiin.

Tämän tutkimuksen tarkoituksena on kehittää uudenlainen opiskelijoille suunnattu ryhmäinterventio, jota voidaan hyödyntää myös jatkossa. Tarkoituksena on tutkia ryhmäinterventio vaikuttavuutta opiskelijoiden psykologiseen hyvinvointiin ja psykologiseen joustavuuteen sekä tarkastella osallistujien ja ryhmänohjaajien kokemuksia interventiosta. Tavoitteena on selvittää, onko tämä uusi ryhmäinterventio yhtä tehokas tukimuoto kuin aiemmin tutkittu yksilöinterventio (Räsänen ym., 2016). Ryhmäinterventio sisältää ryhmämuotoisen tuen ja Opiskelijan kompassi -verkko-ohjelman ja yksilöinterventio sisältää yksilömuotoisen tuen sekä Opiskelijan kompassi -verkko-ohjelman. Molemmat interventiot perustuvat hyväksymis- ja omistautumisterapiaan.

Tavoitteiden pohjalta asetetaan seuraavat tutkimuskysymykset:

1. Onko ryhmäinterventio vaikuttava opiskelijoiden psykologiseen hyvinvointiin ja psykologiseen joustavuuteen?
2. Onko ryhmäinterventiolla samanlaiset vaikutukset opiskelijoiden hyvinvointiin kuin samaan verkko-ohjelmaan perustuvalla yksilöinterventiolla?
3. Millaisia kokemuksia osallistujilla ja ryhmänohjaajilla on ryhmäinterventiosta ja sen toteutumisesta?

Tutkimuskysymysten pohjalta asetetaan seuraavat hypoteesit:

1. Ryhmäinterventio vaikuttaa positiivisesti opiskelijoiden psykologiseen hyvinvointiin ja psykologiseen joustavuuteen.
2. Ryhmäinterventiolla saadaan yhtä vaikuttavia tuloksia opiskelijoiden hyvinvointiin kuin samaan verkko-ohjelmaan perustuvalla yksilöinterventiolla.
3. Oletetaan myös, että osallistujilta ja ryhmänohjaajilta saadun palautteen pohjalta ryhmäinterventiota voidaan kehittää.

2. MENETELMÄT

Tämä tutkimus on osa Jyväskylän yliopiston Opiskelijan kompassi -ohjelman kehitystyötä. Opiskelijan kompassi on osa laajempaa Jyväskylän yliopiston Student Life -hyvinvointitoimintaa, jonka tarkoituksena on edistää opiskelijoiden hyvinvointia, opintoja ja työelämätaitoja. Lähtökohtana on ennaltaehkäisevä toimintatapa, jossa tukea tarjotaan helposti saatavilla olevilla ja monipuolisilla toimintamuodoilla.

2.1 Tutkimuksen kulku

Ryhmäinterventio sisälsi viisi ryhmätapaamista kahden viikon välein ja tapaamisten välillä itsenäistä työskentelyä Opiskelijan kompassi -verkko-ohjelmassa. Lisäksi interventioon kuului kaksi yksilötapaamista ryhmänohjaajan kanssa. Ryhmätapaamiset etenivät samaan tahtiin Opiskelijan kompassin kanssa siten, että jokaisella ryhmätapaamisella oli aiheena yksi teema Opiskelijan kompassista. Intervention alussa osallistujat tavattiin yksilöllisesti. Alkutapaamisessa kartoitettiin kokonaisvaltaisesti osallistujan elämäntilannetta, kerrottiin tulevista ryhmätapaamisista ja verkko-ohjelmasta ja kysyttiin, millaisia henkilökohtaisia tavoitteita osallistuja haluaisi asettaa itselleen ohjelman ajaksi. Alkutapaamisissa osallistujat täyttivät myös kyselymittareita. Kaikki osallistujat tavattiin uudestaan intervention lopuksi yksilöllisissä lopputapaamisissa, joissa he täyttivät samat kyselymittarit. Lopputapaamisessa kartoitettiin osallistujan sen hetkistä tilannetta sekä kysyttiin kokemuksia ja kehitysehdotuksia ryhmäinterventiosta. Ryhmäinterventio aikataulu on nähtävissä sivulta 17, Taulukosta 2.

Ryhmäinterventio vaikuttavuutta tutkittiin sekä yksilö- että ryhmätasolla käyttämällä aineistona osallistujien alku- ja loppumittauksia. Ryhmäinterventio vaikuttavuutta suhteessa yksilöinterventioon tutkittiin kolmen interventiomuodolle yhteisen mittarin avulla. Ryhmäinterventio osallistujille etsittiin yksilöinterventiotutkimuksen (Räsänen ym., 2016) aineistosta vertailuparit. Vertailupareiksi etsittiin sukupuolen, iän ja alkumittausten hyvinvoinnin (MHC-SF) perusteella mahdollisimman samankaltaiset osallistujat. Iän suhteen vaihteluväli oli 0-4 vuotta ja MHC-SF -mittarin yhteispisteiden suhteen 0-3 pistettä. Vertailupareista muodostettiin vertailuryhmä, johon ryhmäinterventio ryhmää verrattiin. Ryhmäinterventio osallistujien kokemuksia interventiosta selvitettiin puolistrukturoidulla loppuhaastattelulla sekä keräämällä palautetta jokaisen ryhmätapaamisen jälkeen.

Ryhmäintervention ohjaajina toimivat kaksi maisterivaiheen psykologian opiskelijaa. Ennen ryhmäintervention alkua ohjaajat saivat koulutusta ryhmän ohjaamisesta. Hyväksymis- ja omistautumisterapian periaatteet olivat heille jo ennestään tuttuja. Ryhmänohjaajat suunnittelivat ryhmän toteutuksen yhdessä Professori Raimo Lappalaisen ja Projektitutkija Panajiota Räsäsen kanssa.

2.1.1 Osallistujat

Tutkimuksen osallistujat rekrytoitiin Jyväskylän yliopiston opiskelijoista sähköpostilistojen välityksellä. Osallistujat ilmoittautuivat ryhmäinterventioon täyttämällä sähköisen kyselyn, jossa heiltä kysyttiin perustietojen lisäksi syytä hakeutua ohjelmaan sekä sitä, mitä he toivovat saavansa siitä. Ilmoitukset ryhmäinterventiosta lähetettiin sähköpostilistoille 23.10.2018 ja ilmoittautumisaika päättyi 5.11.2018. Ilmoittautuneille soitettiin viikkojen 44 ja 45 aikana ja sovittiin aika yksilölliseen alkutapaamiseen ryhmänohjaajan kanssa. Kaikki 10 osallistujaa tavattiin viikolla 45.

Taulukkoon 1 on koottu tutkimukseen osallistuneiden taustatiedot. Osallistujat olivat ryhmäintervention alussa iältään keskimäärin 24,00 -vuotiaita (kh=3,89) Jyväskylän yliopiston perustutkinto-opiskelijoita. Osallistujien ikä vaihteli 20-33 vuoden välillä. Yksi osallistuja keskeytti ryhmäintervention alkutapaamisen jälkeen ennen ensimmäistä ryhmätapaamista ja toinen osallistuja keskeytti intervention ennen neljättä ryhmätapaamista eli joululoman jälkeen. Intervention keskeyttäneet osallistujat eivät eronneet taustatiedoiltaan muista osallistujista.

Ryhmäinterventioon hakeutumisen syiksi mainittiin muun muassa stressi, ahdistus, alakuloisuus, uupumus, jaksamisen ongelmat, yksinäisyys, kiire, itsensä kehittäminen, itsensä motivointi, arvojen selkiyttäminen, hyvinvoinnin lisääminen ja itsensä tuntemaan oppiminen. Interventiosta toivottiin työkaluja ja tukea stressinhallintaan, jaksamiseen, opintojen loppuunsaattamiseen, itsestä huolehtimiseen sekä itsensä motivointiin ja kehittämiseen. Lisäksi toivottiin oman elämän pohdintaa, vertaistukea, yhteisöllisyyden kokemuksia, selkeyttä tulevaisuuden suunnitelmiin, keinoja työn/opiskelun ja vapaa-ajan tasapainottamiseen sekä käytännön vinkkejä hyvinvoinnin parantamiseen.

TAULUKKO 1. Tutkimuksen osallistujien taustatiedot ryhmäinterventio alussa (n=10)

	n (%)
Sukupuoli	
nainen	8 (80%)
mies	2 (20%)
Tiedekunta	
Humanistis-yhteiskuntatieteellinen	5 (50%)
Kasvatustieteiden ja psykologian	2 (20%)
Liikuntatieteellinen	2 (20%)
Matemaattis-luonnontieteellinen	1 (10%)
Opintojen aloitusvuosi	
2018	1 (10%)
2017	2 (20%)
2016	1 (10%)
2015	2 (20%)
2013	1 (10%)
2011	2 (20%)
2008	1 (10%)
Joskus saanut tai hakenut psykologista hoitoa tai tukea	
Kyllä	5 (50%)
Ei	5 (50%)
Siviilisääty	
Parisuhteessa	3 (30%)
Sinkku	7 (70%)

2.1.2 Ryhmätapaamiset

Ryhmätapaamiset järjestettiin kahden viikon välein ja yksi tapaaminen kesti 1,5 tuntia. Ryhmäinterventio aikataulu on nähtävissä Taulukosta 2 (s. 17). Jokainen ryhmätapaaminen aloitettiin lyhyellä kierroksella, jossa osallistujat kertoivat millaisilla ajatuksilla ja odotuksilla he tulivat tapaamiseen. Tämän jälkeen käytiin läpi tapaamisen ohjelma ja keskusteltiin kotitehtävistä.

Jokainen ryhmätapaaminen sisälsi lyhyen alustuksen päivän teemasta diaesityksen avulla, minkä jälkeen tehtiin aiheeseen liittyviä harjoituksia. Osa harjoituksista tehtiin yksin, osa pareittain ja osa pienissä ryhmissä. Ensimmäistä ryhmätapaamista lukuun ottamatta jokaisella kerralla tehtiin yhdessä jokin tietoisuustaitoharjoitus. Ryhmätapaamiset sisälsivät parikeskusteluja sekä keskusteluja koko ryhmän kesken. Tapaamisen lopussa käytiin usein kokoava keskustelu päivän teemasta ja opituista asioista. Aivan lopuksi käytiin läpi seuraavalle kerralle tulevat kotitehtävät ja osallistujat täyttivät palautelomakkeen tapaamisesta. Kotitehtäväksi annettiin aina seuraava rasti Opiskelijan kompassi -verkko-ohjelmasta sekä päivittäinen lyhyt tietoisuuden läsnäolon harjoitus. Näiden lisäksi toisesta ryhmätapaamisesta lähtien osallistujat saivat tehtäväkseen tehdä omien arvojen mukaisia tekoja arjessaan.

Ensimmäinen ryhmätapaaminen järjestettiin tiistaina 13.11.2018. Paikalla oli kahdeksan osallistujaa eli yksi osallistuja oli poissa. Tapaamisen alussa tutustuttiin, luotiin ryhmälle säännöt turvallisen ilmapiirin luomiseksi ja käytiin läpi ryhmätapaamisiin ja aikatauluun liittyviä käytännön asioita. Osallistujia johdatettiin arvo-teemaan lyhyen alustuksen ja harjoitusten avulla. Osallistujat tekivät harjoitukset *80-vuotis syntymäpäivänä* ja *Häränsilmä (Bull's Eye)*, joiden tarkoituksena oli auttaa heitä selkeyttämään omia arvojaan. Ryhmätehtävän avulla tarkasteltiin ja kategorisoitiin osallistujien senhetkisiä hyvinvointiin liittyviä haasteita. Kotitehtäväksi osallistujat saivat Opiskelijan Kompassi -verkko-ohjelmasta rasti 1 - ARVOT sekä päivittäisen tietoisuustaitoharjoituksen.

Toinen ryhmätapaaminen oli tiistaina 27.11. Paikalla oli kahdeksan osallistujaa eli yksi puuttui. Tapaamisen aiheina olivat arvojen mukaiset teot sekä tietoinen läsnäolo. Aikataulullisista syistä tälle kerralle otettiin kaksi Opiskelijan kompassin teemaa. Ohjaajat pitivät arvojen mukaisista teoista lyhyen alustuksen, jonka jälkeen osallistujat tekivät *Häränsilmä* -harjoituksen loppuosan (arvojen mukaisten tekojen toteuttaminen ja mahdolliset esteet tekojen tiellä). Ohjaajat olivat tehneet yksilöllisten alkutapaamisten perusteella jokaisen osallistujan tilanteesta käyttäytymisanalyytit, jotka he antoivat osallistujille. Myös päivän toisesta teemasta eli tietoisesta läsnäolosta pidettiin lyhyt alustus, jonka jälkeen tehtiin yhdessä *Hengityksen seuranta* - tietoisuustaitoharjoitus. Osallistujat saivat kotitehtäväksi tehdä verkko-ohjelmasta rasti 2 - TOIMI ja 3 - OLE LÄSNÄ, päivittäisen tietoisuustaitoharjoituksen sekä pohtia ja toteuttaa omien arvojen mukaisia tekoja.

Kolmas ryhmätapaaminen pidettiin tiistaina 11.12. Viisi osallistujaa ilmoitti estyneensä tulemasta paikalle eli tapaamisella oli paikalla vain neljä osallistujaa. Ryhmätapaamisen teemana oli etäisyyden ottaminen omiin ajatuksiin ja tunteisiin. Alussa tehtiin yhdessä *Hengityksen seuranta* - tietoisuustaitoharjoitus. Alustuksen jälkeen osallistujat pohtivat ja kirjoittivat ylös kriittisiä

ajatuksiaan, itselle merkityksellisiä asioita mahdollisesti estäviä ajatuksiaan sekä näiden ajatusten seurauksia. Ohjaajat esittelivät erilaisia menetelmiä etäisyyden ottamiseksi omiin ajatuksiin, joita osallistujat kokeilivat juuri kirjoittamallaan ajatuksilla. Lopuksi tehtiin *Entä sitten* -harjoitus, jonka tarkoituksena oli auttaa osallistujia huomaamaan omia ajatusketjujaan. Kotitehtäväksi annettiin Opiskelijan kompassista rasti 4 - VAPAUDU MIELESI VALLASTA sekä sen havainnoiminen, millaisia seurauksia omilla ajatuksilla on. Lisäksi kotitehtäväksi tulivat aiemmilta kerroilta tutut tehtävät eli lyhyt päivittäinen tietoisuustaitoharjoitus ja arvojen mukaiset teot.

Neljäs ryhmätapaaminen järjestettiin tiistaina 8.1.2019. Paikalle pääsi tulemaan viisi osallistujaa eli kolme puuttui. Tapaamisen aiheena oli ajatusten ja tunteiden havainnointi ja hyväksyntä eli Opiskelijan kompassin viimeisen rastin tema. Alussa tehtiin yhdessä aiemmilta kerroilta tuttu *Hengityksen seuranta* -tietoisuustaitoharjoitus. Ohjaajat pitivät alustuksen päivän teemasta, jonka jälkeen osallistujat tekivät *Mitä minun pitää hyväksyä?* -harjoituksen. Harjoituksen tarkoituksena oli auttaa osallistujia huomaamaan ja hyväksymään niitä muistoja, kehon tunteita, ajatuksia, tunteita, taipumuksia ja haluja, joita he eniten välttävät. Lopussa kuunneltiin Opiskelijan kompassista *Tarkkailijaharjoitus*. Osallistujille tuli kotitehtäväksi tehdä Opiskelijan kompassista rasti 5 - HAVAINNOI JA HYVÄKSY sekä aiemmilta kerroilta tutut tehtävät: lyhyt päivittäinen tietoisuustaitoharjoitus ja arvojen mukaiset teot.

Viides ja viimeinen ryhmätapaaminen oli tiistaina 22.1.2019. Tapaamisen tavoitteena oli koota aiempien ryhmätapaamisten aiheita yhteen sekä tarkastella, mitä ryhmässä oli tehty ja opittu ja mitä osallistujat olivat saaneet ryhmäinterventiosta. Paikalla oli vain kolme osallistujaa. Alussa tehtiin tuttu *Hengityksen seuranta* -harjoitus, jonka jälkeen ohjaajat pitivät alustuksen, johon oli koottu tärkeimmät asiat aiempien tapaamisten teemoista. *Arvokortteja* apuna käyttäen tehtiin harjoitus, jonka tarkoituksena oli miettiä, onko jokin muuttunut ensimmäisestä ryhmätapaamisesta. Tämän jälkeen osallistujat tekivät pareittain *Myötätuntoharjoituksen*. Osallistujat kirjoittivat Post-it -lapuille, mitä olivat oppineet ryhmäinterventiosta ja laput koottiin paperille puun muotoon. Lopuksi jokainen kirjoitti itselleen suunnitelman, kuinka aikoo huolehtia omasta hyvinvoinnistaan jatkossa. Sen jälkeen suunnitelmista keskusteltiin ryhmässä.

TAULUKKO 2. Ryhmäintervention aikataulu

VIKKO 45 5. - 9.11.2018	YKSILÖLLINEN TAPAAMINEN OHJAAJAN KANSSA (alkutapaaminen)
VIKKO 46 Ti 13.11. 16:30 -18.00	1. RYHMÄTAPAAMINEN Arvot
VIKKO 48 Ti 27.11. 16.30-18.00	2. RYHMÄTAPAAMINEN Arvojen mukaiset teot ja Tietoinen läsnäolo
VIKKO 50 Ti 11.12. 16.30-18.00	3. RYHMÄTAPAAMINEN Vapaudu mielesi vallasta
JOULULOMA	
VIKKO 2 Ti 8.1 16.30-18.00	4. RYHMÄTAPAAMINEN Havainnoi ja hyväksy
VIKKO 4 Ti 22.1 16.30-18.00	5. RYHMÄTAPAAMINEN Koonti edellisistä teemoista ja suunnitelma tulevaa varten
VIKKO 5 28.1-1.2.2019	YKSILÖLLINEN TAPAAMINEN OHJAAJAN KANSSA (lopputapaaminen)

2.2 Mittarit

Osallistujat täyttivät kyselymittareita ryhmäintervention alussa ja lopussa yksilöllisissä tapaamisissa.

2.2.1 Oiremittarit

Masennusoireita mitattiin yhdeksän osaisella PHQ-9 -mittarilla (Kroenke, Spitzer & Williams, 2001), joka on osa laajempaa PHQ-kyselyä (Patient Health Questionnaire). Mittarilla kysytään, kuinka usein seuraavat ongelmat ovat vaivanneet viimeisen kahden viikon aikana, esimerkiksi: "Asioiden tekeminen kiinnostaa hyvin vähän tai ei juuri tuota mielihyvää". Vastausvaihtoehdot ovat "ei lainkaan", "useana päivänä", "useammin kuin puolet ajasta" ja "lähes joka päivä". Kysymykset pisteytetään 0–3 ja lasketaan yhteen, jolloin kokonaispistemäärä vaihtelee 0–27 pisteen välillä (0–3 pistettä: ei masennusta, 5–9 pistettä: lievä masennus, 10–14 pistettä: kohtalainen masennus, 15–19 pistettä: kohtalaisen vakava masennus, 20 pistettä tai yli: vakava masennus). PHQ-9 -mittarin sisäinen konsistenssi on erinomainen ($\alpha > .86$) (Kroenke ym., 2001).

Yleistä ahdistuneisuutta mitattiin seitsemän kysymyksen pituisella GAD-7 – lomakkeella (Generalized Anxiety Disorder). Mittarista on olemassa myös pidempi, 13 kysymyksen lomake. Mittarilla kysytään "Kuinka usein seuraavat ongelmat ovat vaivanneet teitä viimeisten 2 viikon aikana?", esimerkiksi "Olen tuntenut oloni hermostuneeksi, ahdistuneeksi tai erittäin kireäksi". Vastausvaihtoehdot ovat "ei lainkaan", "useana päivänä", "suurimpana osana päivistä" ja "lähes joka päivä" pisteytettynä 0–3 (Spitzer, Kroenke, Williams & Lowe, 2006). Yhteenlaskettu kokonaispistemäärä vaihtelee välillä 0–21 siten, että mitä suurempi pistemäärä on, sitä enemmän on ahdistuneisuutta. Useimmat (89%) yleinen ahdistuneisuushäiriö -diagnoosin saaneet henkilöt saavat GAD-7 -mittarista pisteitä 10 tai enemmän. GAD-7:n sisäinen konsistenssi on erinomainen ($\alpha = .92$). (Spitzer ym., 2006.)

Stressiä mitattiin PSS -mittarilla (Perceived Stress Scale). Mittarin tarkoituksena on mitata stressin tasoa sekä sitä, millaiset tilanteet vastaaja kokee stressaaviksi ja kuinka kontrolloimattomaksi ja kuormittavaksi vastaaja kokee elämänsä (Cohen, 1994). Mittarilla kysytään, kuinka usein vastaaja on tuntenut tai ajatellut kunkin kysymyksen mukaisesti viimeisen kuukauden aikana, esimerkiksi "Kuinka usein viimeisen kuukauden aikana sinusta tuntui siltä, että vaikeuksia kasautui niin paljon, ettet kyennyt selviämään niistä?". Kysymyksiä on 10 ja niihin vastataan asteikolla 0 (en koskaan) - 4 (hyvin usein). Kysymykset 4, 5, 7 ja 8 pisteytetään

käänteisesti ja kaikki pisteet lasketaan yhteen. Mittarin pistemäärä vaihtelee 0–40 pisteen välillä ja mitä korkeampi pistemäärä on, sitä enemmän stressiä esiintyy. PSS -mittarin sisäinen konsistenssi on erinomainen ($\alpha = .84$) (Nordin & Nordin, 2013).

2.2.2 Prosessimittarit

Tietoisuustaitoja mitattiin FFMQ -mittarilla (Five Facet Mindfulness Questionnaire), joka mittaa yleistä taipumusta olla tietoinen jokapäiväisessä elämässä (Baer ym., 2008). Mittari sisältää viisi osa-aluetta: havainnointi, kuvailu, tietoinen toiminta, hyväksyntä ilman arviointia ja hyväksyntä ilman reagoitua. FFMQ muodostuu 39 väittämästä, esimerkiksi “Kun minulla on ahdistavia ajatuksia tai mielikuvia, otan etäisyyttä ja olen niistä tietoinen ilman, että ne ottavat minut valtaansa”. Väittämiin vastataan 5-portaisella Likert-asteikolla yhdestä (ei koskaan tai hyvin harvoin tosi) viiteen (hyvin usein tai aina tosi). Osa mittarin kysymyksistä pisteutetaan käänteisesti. Mittarin pisteet voi laskea yhteen tai tarkastella jokaista osa-aluetta erikseen. Mittarin kokonaispistemäärä vaihtelee 39–195 pisteen välillä. Mitä korkeampi pistemäärä on, sitä paremmalla tasolla vastaajan tietoisuustaidot ovat. FFMQ:n sisäinen konsistenssi vaihtelee suhteellisen korkeasta erinomaiseen ($.72 < \alpha < .92$) (Baer ym., 2008).

Psykologista joustamattomuutta mitattiin AFQ-Y -mittarilla (Avoidance Fusion Questionnaire -Youth) joka on kehitetty nuorten psykologisen joustamattomuuden mittaamiseen (Greco, Lambert & Baer, 2008). Mittari muodostuu 17 väittämästä, kuten “Tunteeni ja ajatukseni pilaavat elämäni” ja “Minun pitää päästä eroon huolista ja peloistani, jotta voin elää hyvää elämää”. Kysymyksiin vastataan 5-portaisen asteikon mukaan 0 (ei pidä ollenkaan paikkaansa) - 4 (pitää täysin paikkaansa). Mittarin yhteenlaskettu pistemäärä vaihtelee 0–68 pisteen välillä ja korkeampi pistemäärä viittaa suurempaan psykologiseen joustamattomuuteen eli vähäisempään psykologiseen joustavuuteen. AFQ-Y:n sisäinen konsistenssi on erinomainen ($\alpha = .90$) (Greco ym., 2008).

2.2.3 Elämänlaatumittarit

Sosiaalista, emotionaalista ja psykologista hyvinvointia mitattiin MHC-SF -mittarilla (Mental Health Continuum Short Form), joka sisältää 14 väittämää (Keyes ym., 2008). Väittämät 1–3 mittaavat emotionaalista hyvinvointia, väittämät 4–8 sosiaalista hyvinvointia ja väittämät 9–14 psykologista hyvinvointia. Mittarin väittämät kysyvät, kuinka usein viimeksi kuluneen kuukauden aikana vastaaja on tuntenut tai kokenut väittämän kuvaamaa asiaa, esimerkiksi “Viimeksi kuluneen

kuukauden aikana, kuinka usein sinusta on tuntunut, että pidät useimmista persoonallisuutesi puolista”. Vastausvaihtoehdot ovat “ei kertaakaan”, “kerran tai kahdesti”, “noin kerran viikossa”, “noin kahdesti viikossa”, “miltei päivittäin” ja “päivittäin” (Keyes, 2009). Vastaukset pisteutetään 0–5 ja pisteet lasketaan yhteen, jolloin mittarin yhteispistemäärä vaihtelee 0–70 pisteen välillä. Emotionaalista, sosiaalista ja psykologista hyvinvointia voi tarkastella osa-alueittain myös erikseen. Mittari luokittelee vastaajat kolmeen mielenterveyden tason ryhmään: kukoistava, keskiverto ja heikentynyt mielenterveys. MHC-SF:n kokonaispistemäärän sisäinen konsistenssi on suhteellisen korkea ($\alpha = .74$) (Keyes ym., 2008).

Arvoja ja arvojen mukaista elämää mitattiin ELS-mittarilla (Engaged Living Scale) (Trompetter ym., 2013). Mittarissa on yhteensä 16 väittämää, jotka muodostavat kaksi alaluokkaa. Ensimmäinen alaluokka, arvojen mukainen elämä (Valued living), sisältää 10 väittämää. Ne mittaavat omien arvojen tunnistamista ja tietämistä sekä sitoutumista elämään niiden mukaisesti, esimerkiksi “Minulla on arvoja, jotka tuovat lisää merkitystä elämälleni”. Toinen alaluokka, elämän merkityksellisyys (Life fulfillment) sisältää kuusi väittämää, joilla mitataan arvojen tunnistamisesta ja niiden mukaisesti elämisestä seuraavaa tyydytyksen, täyttymyksen ja toteutumisen tunnetta, esimerkiksi “Tunnen/koen eläväni täyttä elämää.”. Väittämiin vastataan 5-portaisella asteikolla 1 (täysin eri mieltä) - 5 (täysin samaa mieltä). Väittämien pisteet lasketaan yhteen. Mittarista voi tarkastella kokonaispistemäärää tai kahta alaluokkaa erikseen. Mittarin kokonaispistemäärä vaihtelee 16–80 pisteen välillä siten, että mitä suurempi pistemäärä on, sitä enemmän omien arvojensa mukaista elämää vastaaja elää. Koko ELS-mittarin sisäinen konsistenssi on erinomainen ($\alpha=.90$), kuten myös molempien alaluokkien sisäiset konsistenssit ($\alpha=.86$) (Trompetter ym., 2013).

2.3 Aineiston analyysi

Ryhmäintervention sisäiset muutokset alku- ja loppumittausten välillä laskettiin tilastollisesti sekä parametrisilla (parittaisten otosten t-testi) että ei-parametrisilla (Wilcoxon merkittyjen sijalukujen testi) menetelmillä. Tulokset olivat yhtenevät ja ne on raportoitu parametristen menetelmien mukaisesti. Ryhmäintervention osallistujien muutoksista tehtiin myös yksilöllisiä kuvaajia. Yksilöintervention sisäisten muutosten tilastollisessa analyysissä käytettiin menetelmänä parittaisten otosten t-testiä ja interventiomuotojen vaikuttavuuden vertailussa käytettiin parittomien otosten t-testiä. Aineiston analyysi suoritettiin IBM SPSS Statistics 24 -ohjelmistolla.

Efektikoot laskettiin sekä interventiomuotojen sisäisistä muutoksista että niiden välisistä vaikuttavuuseroista. Vähintään 0.2 pidettiin pienenä efektikokona, 0.5-0.8 keskisuurena efektikokona ja suurempaa kuin 0.8 suurena efektikokona. Interventiomuotojen sisäisten muutosten efektikoot laskettiin syöttämällä efektikokolaskuriin mittareiden keskiarvot ja keskihajonnat interventioiden alussa ja lopussa. Efektikoot on raportoitu käyttämällä Hedge's g -efektikokoja, koska tutkimuksen henkilömäärä oli pieni. Efektikoot löytyvät taulukoista 3 ja 4. Interventiomuotojen välisten vaikuttavuuserojen korjatut efektikoot laskettiin laskurilla, johon syötettiin mittareiden keskiarvot ja -hajonnat interventioiden alussa ja lopussa. Efektikoot on raportoitu Cohen's d -efektikokojen mukaan ja ne löytyvät tulososiosta.

Tutkimuksen kvalitatiiviset tulokset analysoitiin teema-analyysillä. Ryhmäinterventio osallistujat haastateltiin intervention lopuksi puolistrukturoidulla haastattelulla ja vastauksista poimittiin niissä useimmin esiintyviä teemoja.

3. TULOKSET

3.1 Ryhmäintervention vaikuttavuus

Taulukossa 3 on esitetty ryhmäintervention osallistujien alku- ja loppumittausten tulokset sekä niissä tapahtuneet muutokset. Osallistujien hyvinvointi (MHC-SF) parani tilastollisesti merkitsevästi mittarin kokonaispistemäärän osalta ($p < .05$), mutta mittarin eri osa-alueissa ei tapahtunut tilastollisesti merkitseviä muutoksia. Osallistujien psykologinen joustavuus (AFQ-Y) lisääntyi tilastollisesti merkitsevästi ($p < .05$) ja yleinen ahdistuneisuus (GAD-7) väheni tilastollisesti merkitsevästi ($p < .05$). Myös masennusoireet (PHQ-9) laskivat tilastollisesti merkitsevästi ($p < .05$). Osallistujien masennuspisteiden keskiarvo oli alussa 9,5 pistettä, mikä on lievän ja kohtalaisen masennuksen rajoilla, kun kohtalaisen masennuksen alarajana pidetään 10 pistettä. Lopussa osallistujien masennuspisteiden keskiarvo oli 5,5 pistettä eli lievän masennuksen alarajoilla, kun lievän masennuksen alarajana pidetään 5 pistettä. Osallistujien sosiaalisessa hyvinvoinnissa (MHC-SF, $p = .051$), stressioireissa (PSS, $p = .058$) ja tietoisuustaitojen kokonaispisteissä (FFMQ, $p = .059$) muutokset olivat lähes tilastollisesti merkitseviä. Osallistujien tietoisuustaidoissa (FFMQ) ei kuitenkaan tapahtunut tilastollisesti merkitseviä muutoksia minkään mittarin alaluokan osalta. Tietoisuustaidoissa tapahtuneissa muutoksissa oli osallistujien välillä paljon vaihtelevuutta, mikä on nähtävissä myöhemmin Kuvasta 2. Arvoja ja arvojen mukaista elämää mittaavan ELS-mittarin kokonaispisteissä tai kummassakaan alaluokassa ei tapahtunut tilastollisesti merkitseviä muutoksia.

Ryhmän sisäisiä efektikokoja tarkasteltaessa suuri efektikoko havaittiin ahdistuneisuuden muutoksessa (GAD-7, $g = 0.80$). Keskiuuri muutos ($0.5 < g < 0.8$) havaittiin masennusoireissa (PHQ-9) ja stressissä (PSS) sekä seuraavissa prosessimittareissa: psykologisessa joustavuudessa (AFQ-Y), tietoisuustaitojen (FFMQ) kokonaispisteissä sekä hyväksyntä ilman arviointia- ja hyväksyntä ilman reagointia -osa-alueilla. Muutos oli keskiuuri myös seuraavissa elämänlaatumittareissa: hyvinvoinnin (MHC-SF) kokonaispisteissä sekä emotionaalinen- ja sosiaalinen hyvinvointi osa-alueilla ja ELS:n kokonaispisteissä sekä arvojen mukainen elämä -alaluokassa. Pieni muutos ($0.2 < 0.5$) havaittiin tietoisuustaitojen (FFMQ) kuvailu -osa-alueella sekä seuraavissa elämänlaatumittareissa: MHC-SF -mittarin psykologinen hyvinvointi -osa-alueella ja ELS:n elämän merkityksellisyys -alaluokassa. Muutosta ei ollut lainkaan ($g < 0.2$) tietoisuustaitojen (FFMQ) havainnointi- ja tietoinen toiminta -osa-alueilla.

TAULUKKO 3. Ryhmäintervention osallistujien mittareiden tulokset (n=8)

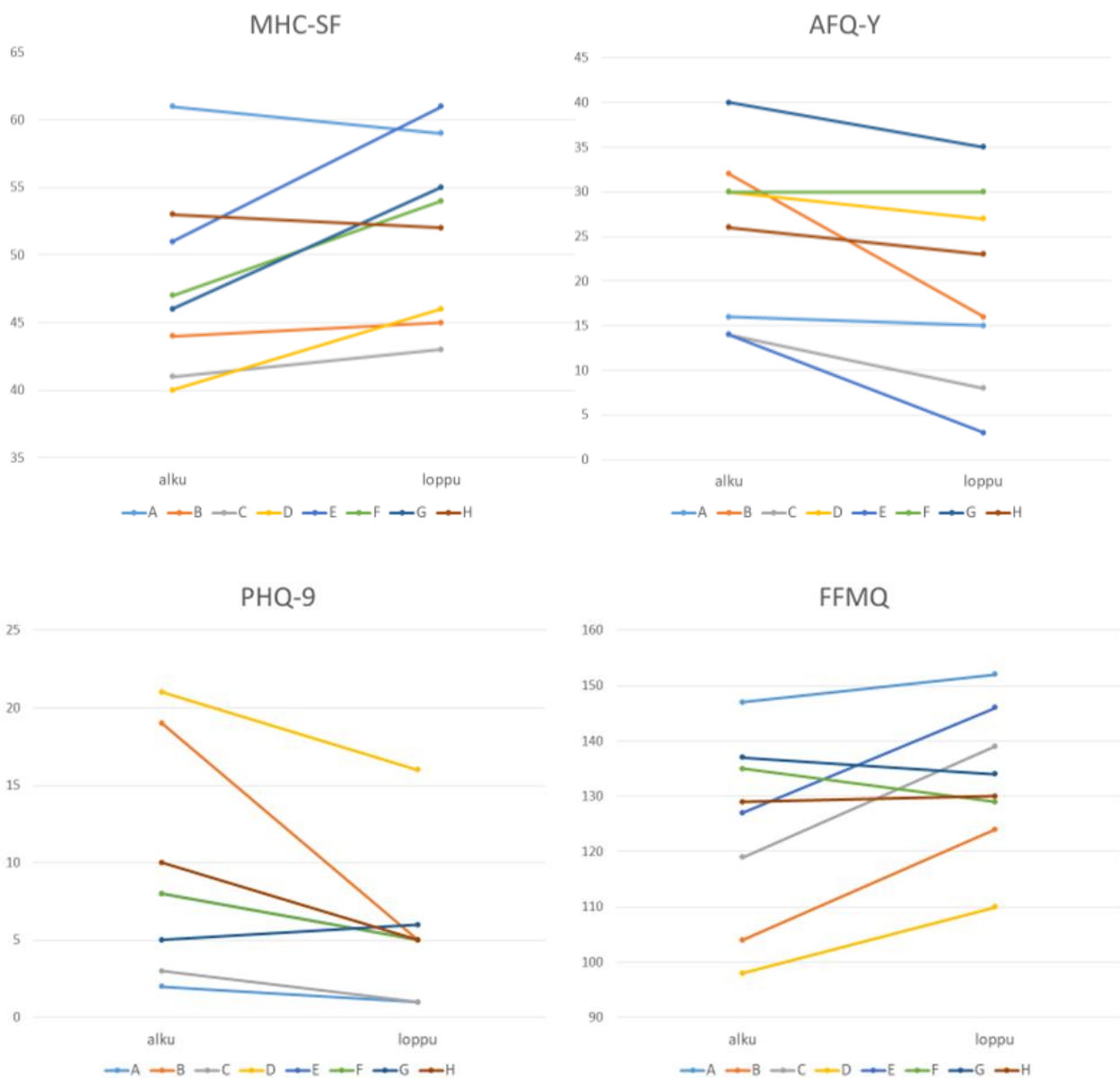
	ALKU ka (kh)	LOPPU ka (kh)	MUUTOS 95% CI	t (df=7)	p	g
MHC-SF	47,88 (6,94)	51,88 (6,64)	0,16;7,84	2,46	.043	.63
Emotionaalinen	9,88 (2,42)	10,88 (1,25)	-0,48;2,48	1,60	.155	.60
Sosiaalinen	16,13 (2,53)	18,38 (3,16)	-0,02;4,52	2,35	.051	.70
Psykologinen	21,88 (4,32)	22,63 (3,20)	-1,81;3,31	0,69	.510	.27
AFQ-Y	25,25 (9,62)	20,75 (9,47)	-0,29;-8,72	2,52	.040	.53
GAD-7	7,0 (4,0)	4,25 (3,20)	-0,04;-5,46	2,40	.047	.80
PHQ-9	9,50 (7,03)	5,50 (4,66)	-0,23;-7,77	2,51	.040	.66
PSS	20,13 (7,10)	16,30 (6,06)	0,17;-8,17	2,27	.058	.58
FFMQ	124,50 (16,70)	133,00 (13,10)	-0,43;17,43	2,25	.059	.58
Havainnointi	30,25 (5,06)	30,50 (2,39)	-3,37;3,87	0,16	.875	.00
Kuvailu	28,63 (7,35)	30,75 (5,47)	-1,52; 5,77	1,38	.210	.31
Tietoinen toiminta	22,63 (6,72)	23,25 (5,47)	-2,23; 3,48	0,52	.621	.17
Hyväksyntä ilman arviointia	24,13 (7,64)	28,00 (4,99)	-0,51; 8,26	2,10	.075	.66
Hyväksyntä ilman reagointia	18,88 (3,91)	20,50 (4,69)	-0,52; 3,77	1,80	.116	.53
ELS	53,50 (9,74)	58,25 (6,61)	-2,35;11,85	1,58	.158	.62
Arvojen mukainen elämä	38,38 (5,76)	41,88 (4,64)	-0,81;7,81	1,92	.096	.63
Elämän merkityksellisyys	15,13 (4,64)	16,38 (2,45)	-2,15;4,65	0,87	.413	.30

MHC-SF - Mental Health Continuum Short Form
 FFMQ – Five Facet Mindfulness Questionnaire
 AFQ-Y - Avoidance Fusion Questionnaire - Youth
 GAD 7 - General Anxiety Disorder
 PHQ-9 - Patient Health Questionnaire
 PSS – Perceived Stress Scale
 ELS - Engages Living Scale

Ryhmäinterventioon osallistuneiden yksilöllisiä muutoksia havainnollistavat kuvaajat on esitetty Kuvassa 2. Kuten kuvaajista nähdään, alkutilanteessa ryhmän sisäinen hajonta oli suurta jokaisen mittarin osalta. Yksilöllisten kuvaajien perusteella suurimmalla osalla osallistujia tapahtui myönteisiä muutoksia intervention aikana. MHC-SF -mittarin mukaan kuuden osallistujan hyvinvointi kasvoi (1-10 pistettä) ja kahden osallistujan hyvinvointi väheni hieman (1-2 pistettä).

AFQ-Y -mittarin pisteet laskivat seitsemällä osallistujalla (1–16 pistettä) eli heidän psykologinen joustavuutensa lisääntyi. Yhdellä osallistujalla mittarin pisteet pysyivät samoina. PHQ-9 -mittarin mukaan masennusoireet vähenivät seitsemällä osallistujalla (1–14 pistettä) ja yhdellä osallistujalla masennusoireet lisääntyivät yhden pisteen verran (osallistujilla E ja F oli samat PHQ-9 -mittarin alku- ja loppupisteet, joten heidän kuvaajansa ovat kuvassa päällekkäin). FFMQ -mittarilla mitattuna kuuden osallistujan tietoisuustaidot lisääntyivät (1–20 pistettä) ja kahden vähenivät hieman (3–6 pistettä).

KUVA 2. Ryhmäintervention osallistujien (A-H) yksilölliset muutokset hyvinvoinnissa, psykologisessa joustamattomuudessa, masennusoireissa ja tietoisuustaidoissa



3.2 Ryhmäinterventioon vertaaminen yksilöinterventioon

Taulukossa 4 on esitetty yksilöinterventioon osallistuneiden (n=8) alku- ja loppumittausten tulokset sekä niissä tapahtuneet muutokset. Osallistujien hyvinvointi (MHC-SF) parani tilastollisesti merkitsevästi mittarin kokonaispistemäärän (p<.05) osalta. Tarkasteltaessa MHC-SF:n osa-alueita, tilastollisesti merkitsevä muutos havaittiin ainoastaan psykologinen hyvinvointi -alaluokassa (p<.05) eli muutos ei ollut tilastollisesti merkitsevä emotionaalinen- ja sosiaalinen hyvinvointi -alaluokissa. Osallistujien kokema stressi (PSS) väheni tilastollisesti merkitsevästi (p<.05) ja tietoisuustaidot (FFMQ) lisääntyivät tilastollisesti merkitsevästi mittarin kokonaispisteiden (p<.05) sekä havainnointi- (p<.05), kuvailu- (p<.01) ja hyväksyntä ilman arviointia (p<.01) -osa-alueiden osalta. Tilastollisesti merkitsevää muutosta ei tapahtunut tietoisuustaitojen (FFMQ) tietoinen toiminta- eikä hyväksyntä ilman reagoitua -osa-alueilla.

TAULUKKO 4: Yksilöinterventio osallistujien mittareiden tulokset (n=8)

	ALKU ka (kh)	LOPPU ka (kh)	MUUTOS 95% CI	t (df=7)	p	g
MHC-SF	47,63 (7,73)	51,38 (7,75)	0,13;7,37	2,447	.044	.54
Emotionaalinen	11,25 (2,49)	11,88 (2,75)	0,37;1,62	1,488	.180	.00
Sosiaalinen	15,50 (5,37)	16,63 (4,21)	-2,05;4,30	,838	.430	.21
Psykologinen	20,88 (4,67)	22,88 (3,48)	0,27;3,73	2,733	.029	.53
PSS	19,75 (4,65)	16,13 (4,26)	-0,90;-6,34	3,156	.016	.71
FFMQ	120,88 (16,57)	135,00 (18,41)	1,67;26,58	2,681	.032	.83
Havainnointi	25,75 (6,39)	27,88 (6,79)	0,490;3,76	3,067	.018	.32
Kuvailu	27,63 (6,09)	30,38 (4,72)	0,92;4,58	3,56	.009	.56
Tietoinen toiminta	24,75 (6,80)	25,88 (6,45)	-6,24;8,49	,361	.729	.16
Hyväksyntä ilman arviointia	23,75 (4,71)	30,00 (4,14)	2,80;9,70	4,278	.004	1.65
Hyväksyntä ilman reagoitua	19,00 (3,16)	22,50 (4,34)	-1,25;8,25	1,742	.125	.80

MHC-SF - Mental Health Continuum Short Form

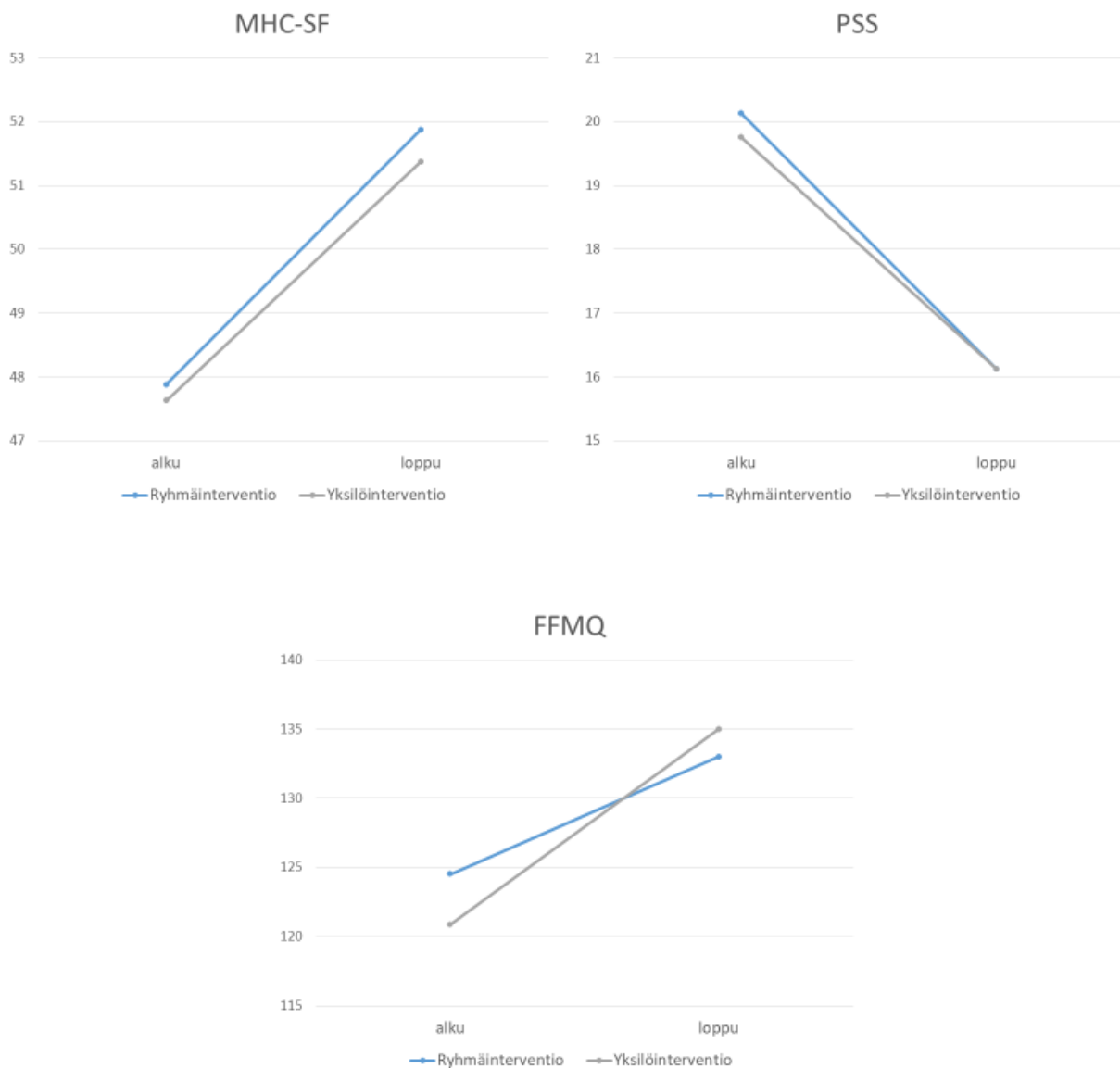
PSS – Perceived Stress Scale

FFMQ – Five Facet Mindfulness Questionnaire

Verrattaessa ryhmä- ja yksilöinterventioita keskenään, havaittiin, että kolmen yhteisen mittarin perusteella interventiomuodot eivät eronneet vaikuttavuudeltaan tilastollisesti merkitsevästi toisistaan (MHC-SF, $p=.91$; PSS, $p=.76$; FFMQ, $p=.31$). Hyvinvoinnin (MHC-SF) ja stressin (PSS) osalta interventiomuotojen välillä ei ollut lainkaan eroa vaikuttavuudessa (MHC-SF, $d=0.03$; PSS, $d=0.04$) ja tietoisuustaitojen (FFMQ) osalta interventiomuotojen välinen efektikoko oli pieni ($d=0.34$). Yksilöinterventioon osallistuneiden tietoisuustaidot muuttuivat hieman enemmän, mutta interventiomuotojen välillä ei ollut tilastollisesti merkitsevää eroa ($p=.31$).

Kuten Kuvasta 3 nähdään, interventiomuotojen keskimääräiset muutokset olivat hyvin samankaltaisia vertailtaessa kolmen mittarin tuloksia. Ryhmäinterventioon osallistuneiden MHC-SF -mittarin pisteet nousivat keskimäärin 4 pistettä ja yksilöinterventioon osallistuneiden 3,75 pistettä. Molempien interventiomuotojen osallistujien hyvinvointi siis keskimääräisesti lisääntyi. Stressioireet PSS -mittarilla mitattuna laskivat molemmilla interventioilla samalle tasolle. Ryhmäintervention osallistujien pisteet laskivat keskimäärin 4 pistettä ja yksilöintervention osallistujien 3,63 pistettä. Tietoisuustaitoja mittaavan FFMQ -mittarin osalta ryhmäinterventioon osallistuneiden pisteet nousivat keskimäärin 8,5 pistettä ja yksilöinterventioon osallistuneiden hieman enemmän, keskimäärin 14,13 pistettä. Molempien interventiomuotojen osallistujien tietoisuustaidot siis paranivat.

KUVA 3. Ryhmäinterventiossa ja yksilöinterventiossa tapahtuneet muutokset hyvinvoinnissa, stressissä ja tietoisuustaidoissa



3.3 Osallistujien kokemuksia ryhmäinterventiosta

Itsenäinen työskentely Opiskelijan kompassi -verkko-ohjelmassa

Yksilölliseen lopputapaamiseen mennessä kaikki kahdeksan osallistujaa olivat tehneet Opiskelijan kompassi -verkko-ohjelmasta rastit 1 ja 2. Seitsemän osallistujaa oli tehnyt rastin 3 ja viisi osallistujaa myös rastin 4. Viimeisen eli rastin 5 oli tehnyt vain kaksi osallistujaa, mutta osa sanoi

vielä palaavansa tekemään sen. Osallistujien käyttämä kokonaisaika Opiskelijan kompassin parissa vaihteli 2-10 tunnin välillä. Osallistujien omat arviot siitä, kuinka hyvin he olivat tehneet Opiskelijan kompassi -verkko-ohjelmaa, vaihtelivat. Osa mainitsi syventyneen kunnolla joihinkin teemoihin ja käyneensä jotkut teemoista vain nopeasti läpi.

Ryhmäintervention hyödyllisyys

Kaikki osallistujat vastasivat, että ryhmäinterventiosta on ollut heille hyötyä. Neljä osallistujaa kertoi oppineensa tunnistamaan ja/tai havainnoimaan ajatuksiaan ja tunteitaan uudella tavalla, esimerkiksi ottamalla niihin etäisyyttä. Kolme osallistujaa mainitsi oppineensa tietoista läsnäoloa, joka näkyi heidän arjessaan pysähtymisenä ja asioiden huomaamisena. Kaksi osallistujaa kertoi tekevänsä enemmän arvojensa mukaisia tai itselle mieluisia tekoja ja kolme kertoi itsensä kuuntelun ja myötätunnon itseä kohtaan kehittyneen. Yksi osallistujista kuvasi oppimiaan asioita näin: *“(Olen oppinut) tunnistamaan ajatuksia, rauhoittumaan, keinoja olla itseni kanssa, armollisuutta, miettimään asioita itseni ulkopuolelta, nimeämään asioita ja olemaan vähemmän itsekriittinen”*.

Ryhmäintervention hyödyllisimpiä teemoja ja harjoituksia kysyttäessä tietoisuustaitojen harjoittelu sai kolme mainintaa, arvotyöskentely kaksi mainintaa ja Vapaudu mielesi vallasta -teema kaksi mainintaa. Yksittäisistä harjoituksista hyödylliseksi koettiin mm. Hengityksen seuranta -harjoitus, omia arvoja ja arvojen mukaisia tekoja selkeyttävät Häränsilmä-harjoitus (Bull's eye) ja 80 -vuotissyntymäpäiväharjoitus sekä ryhmätehtävä, jossa osallistujat lukivat ja kategorisoivat toisten osallistujien (anonyymejä) ajankohtaisia haasteita. Kolme osallistujaa kertoi, että harjoitukset herättivät ajatuksia ja tunteita. Neljä osallistujaa mainitsi ylipäättään tapaamisten ja keskustelujen muiden kanssa olleen hyödyllisiä.

Kaikki kahdeksan osallistujaa kertoivat soveltaneensa tietoista läsnäoloa tai pysähtymistä myöhemmin itsenäisesti. *“(Olen soveltanut) pysähtymistä. Antaa sille aikaa, kun sellainen hetki tulee eikä täytä aikaa muulla. Olen oppinut arvostamaan joutilaisuutta.”* Arvoja ja arvojen mukaisia tekoja kertoi soveltaneensa itsenäisesti kolme osallistujaa ja etäisyyden ottamista omiin ajatuksiin (“en ole yhtä kuin ajatukseni”) kaksi osallistujaa.

Ryhmäintervention vahvuudet

Ryhmäintervention hyviä asioita kysyttäessä vastauksista nousi esille kaksi keskeistä teemaa. Viisi osallistujista kertoi, että hyvää oli ollut harjoitukset tai harjoitusten tekeminen. Viisi osallistujaa taas piti hyvänä asiana ryhmätapaamisia ja/tai sitä, että tapaamisilla oli mahdollisuus jakaa asioita ja keskustella muiden osallistujien kanssa. Edellä mainituista osallistujista yksi lisäsi hyväksi asiaksi sen, että muilta osallistujilta sai näkökulmaa asioihin. Yksi osallistujista kertoi näin: *“(Hyvää oli)*

ryhmäohjaus ja (sen huomaaminen) että ei ole yksin, muut käy läpi samoja asioita. Joku muu saattoi sanoa asioita, mitä ei itse osannut sanoittaa.”

Lähes kaikki osallistujat kokivat ryhmäintervention mallin - eli sen, että on ryhmätapaamisia ja itsenäisesti tehtävä verkko-ohjelma - toimivaksi. Yleisesti ryhmätapaamiset koettiin houkuttelevammaksi kuin verkko-ohjelma ja kaksi osallistujaa mainitsi, että intervention pääpainon olisi hyvä olla tapaamisissa ja verkko voisi toimia vain “bonuksena”. Yksi osallistuja kertoi, että ilman ryhmätapaamisia hän olisi jättänyt intervention kesken. Parhaimmillaan verkkotyöskentely ja ryhmätapaamiset tukivat toinen toisiaan: *“Tykkäsin (mallista). Ajattelua tuki, että sai itse ajatella ja sitten päästä jakamaan ryhmässä. Jos olisi ollut pelkkä ryhmä, ei pääsisi niin syvällisesti ajattelemaan, kun ei olisi itsenäistä tehtävää.”* Kuuden osallistujan mielestä ryhmätapaamisten pituus 1,5 tuntia oli sopiva. Yhden osallistujan mielestä tapaamiset olisivat voineet olla pidempiä ja yksi ei osannut sanoa.

Ryhmäintervention kehityskohdat

Ryhmäintervention suurimmat kehityskohdat liittyvät ryhmäytymiseen, ryhmän aloittamiseen ja “jään rikkomiseen”. Näistä asioista mainitsi kuusi osallistujaa, jotka toivoivat, että niihin olisi panostettu tai keskitytty enemmän. Heistä neljä toivoi, että ohjaajat olisivat osallistuneet ainakin ryhmäintervention alussa enemmän keskusteluun kertomalla omia ajatuksiaan tai kokemuksiaan teemoihin liittyen. *“Jos ohjaajat olisivat olleet enemmän mukana, se olisi voinut antaa turvallisuuden tunnetta ja helpottaa ryhmäytymistä (ainakin ensimmäisellä kerralla), mutta silloin olisi tarvittu enemmän aikaa. Olisi ollut kiva kuulla ohjaajien pohdintaa esimerkiksi heidän omista arvoistaan”.* Kolme osallistujaa kertoi, että varsinkin alussa ilmapiiri oli jännittynyt ja/tai keskustelu oli hankalaa. Lisäksi kolme osallistujaa kertoi, että itsenäisten verkkotehtävien tekemisessä oli välillä epäselvyyttä tai hankaluuksia. Viisi osallistujaa koki, että ryhmäinterventio olisi toiminut paremmin ilman joulutaukoa.

Osallistujien odotukset

Viisi osallistujista kertoi, että ryhmäinterventio täytti heidän odotuksensa. Kaksi osallistujista vastasi “kyllä ja ei” odotusten täyttymisen suhteen, eli odotukset täyttyivät heidän kohdallaan osittain. Yksi osallistujista kertoi, että hänen odotuksensa eivät täytyneet ryhmätuen suhteen, mutta hän koki, että pääsi intervention avulla vähän eteenpäin ja sai kimmokkeita omalle pohdinnalleen. Yksi osallistujista kuvasi ajatuksiaan näin: *“Kyllä (täytti odotukset). Ohjasi hyvin miettimään, miten saisi hyvinvointia paremmaksi ja miten kehittäisi elämänsä siihen suuntaan. Alussa oli hyvä pohdinta, mitä haluaisi muuttaa.”*

Ryhmäintervention suosittelu muille opiskelijoille

Kaikki osallistujat kertoivat voivansa suosittelua ryhmäinterventiota muille opiskelijoille. *“Joo (suosittelisin). Monet kamppailee kiireen ja ahdistuksen kanssa eivätkä elä oman näköistä elämää. Opiskelijan kompassilla on hyvät mahdollisuudet pureutua opiskelijoille tärkeisiin teemoihin.”* Suosittelemisen syiksi mainittiin myös uuden oppiminen, vertaistuki, stressin käsittely ja ryhmästä mahdollisesti saatava positiivinen paine tehdä asioita. *“Kyllä (suosittelisin) jos on murheita, jaksamisongelmia tai ei tiedä mitä haluaisi elämässä. Ohjaa pohtimaan ydinasioita. Ohjelma on tuonut selkeyttä arjen valintoihin arvotyön kautta ja nykyään osaa myös rauhoittua paremmin.”* Yksi osallistuja suosittelisi ryhmäinterventiota kuitenkin pienellä varauksella. Hän pohti, sopisiko se sellaiselle opiskelijalle, jolla on suuria ongelmia. Toinen osallistuja taas mainitsi, että suosittelisi interventiota varmemmin, mikäli ryhmätapaamisia olisi enemmän.

3.4 Ryhmänohjaajien kokemuksia ryhmäinterventiosta

Ryhmänohjaajat kokivat, että ryhmäytymiseen ja tutustumiseen olisi voinut käyttää intervention alussa enemmän aikaa. Ensimmäiselle ryhmätapaamiselle oli suunniteltu liian paljon tekemistä eikä aika riittänyt kaikkeen. Tapaamisten suunnittelu helpottui ryhmän edetessä. Aluksi ryhmätapaamisissa käytettiin paljon parikeskusteluja ja loppua kohden suosittiin enemmän keskusteluja koko ryhmän kesken. Ryhmänohjaajien mielestä nämä molemmat tavat keskustella olivat sopivia tällaiseen ryhmätoimintaan.

Ryhmän ilmapiiri kehittyi rennommaksi ja avoimemmaksi tapaamisten edetessä. Viimeisillä kerroilla paikalla oli tosin vähemmän osallistujia ja oli harmi, että viimeiselle ryhmätapaamiselle pääsi vain kolme osallistujaa. Viimeinen ryhmätapaaminen olisi voinut olla osallistujille erityisen hyödyllinen, sillä se oli kokoava kerta edellisillä tapaamisilla käsitellyistä teemoista ja tapaamisella tehtiin myös suunnitelma jatkoa varten. Ryhmänohjaajat pohtivat, olisiko pienempi ryhmä keskustelun kannalta parempi ja kuinka paljon spontaanille keskustelulle kannattaa varata aikaa. Ryhmänohjaajat olivat itsekin opiskelijoita, joten he miettivät, olisivatko voineet osallistua keskusteluun enemmän omista kokemuksistaan käsin. Ohjaajat pohtivat, tulisiko ryhmätapaamisilla keskittyä mieluummin asioiden “opetteluun” vai ryhmäytymiseen, keskustelemiseen ja asioiden jakamiseen. Myös ryhmänohjaajien mielestä tiiviimpi työskentely ilman pitkää joulutaukoa olisi ollut työskentelyn jatkuvuuden kannalta parempi.

Ryhmänohjaajat kokivat saaneensa hyödyllistä kokemusta ryhmän ohjaajana toimimisesta. He oppivat paljon uusia harjoituksia ja sitä, kuinka niitä kannattaa toteuttaa ryhmässä. He saivat lisää kokemusta myös haastatteluiden tekemisestä ja tapauskuvausmallien käytöstä. Kaikki tällainen kokemus on arvokasta, sillä käytännön kokemusta asiakastyöstä ja ryhmänohjaamisesta on psykologikoulutuksessa vain niukasti saatavilla.

4. POHDINTA

Tämän tutkimuksen tarkoituksena oli kehittää uudenlainen opiskelijoille suunnattu ryhmäinterventio ja tutkia sen vaikuttavuutta osallistujien psykologiseen hyvinvointiin ja psykologiseen joustavuuteen. Tarkoituksena oli selvittää, onko tämä uusi ryhmäinterventio yhtä tehokas tukimuoto kuin aiemmin tutkittu samaan verkko-ohjelmaan pohjautuva yksilöinterventio. Lisäksi tutkimuksessa tarkasteltiin osallistujien ja ryhmänohjaajien kokemuksia ryhmäinterventiosta. Tutkimustulokset olivat hypoteesien mukaisia. Ryhmäinterventioon osallistuneiden psykologinen hyvinvointi ja psykologinen joustavuus paranivat ja ryhmäinterventiolla saatiin yhtä vaikuttavia tuloksia kuin samaan verkko-ohjelmaan perustuvalla yksilöinterventiolla. Lisäksi ryhmäintervention osallistujilta ja ryhmänohjaajilta saatiin kerättyä hyödyllistä palautetta.

Tulosten mukaan ryhmäinterventioon osallistuneiden opiskelijoiden psykologinen hyvinvointi ja psykologinen joustavuus paranivat sekä yleinen ahdistuneisuus ja masennusoireet vähenivät tilastollisesti merkitsevästi. Samankaltaisia tuloksia on saatu myös muilla opiskelijoille suunnatuilla HOT-ryhmäinterventioilla. Osallistujien masennusoireet (Grégoire ym., 2018; Karimi & Aghaei, 2018; Livheim ym., 2015) ja ahdistuneisuus (Grégoire ym., 2018; Karimi & Aghaei, 2018; Daltry, 2015; Livheim ym., 2015) vähenivät ja hyvinvointi (Grégoire ym., 2018; Pietikäinen & Malmberg-Virta, 2016) ja psykologinen joustavuus (Grégoire ym., 2018; Pietikäinen & Malmberg-Virta, 2016; Livheim ym., 2015) lisääntyivät.

Tässä tutkimuksessa ahdistuneisuudessa tapahtuneen muutoksen efektikoko oli suuri ($g=0.80$), kuten myös Livheimin ym. (2015) ruotsalaisessa tutkimuksessa ($d=0.80$). Hyvinvoinnin, psykologisen joustavuuden ja masennusoireiden muutoksissa efektikoot olivat keskisuuria. Livheimin ym. (2015) australialaisessa tutkimuksessa masennusoireiden muutoksessa oli suuri efektikoko ($d=0.86$) ja psykologisen joustavuuden muutoksessa keskisuuri efektikoko ($d=0.73$), kun taas Grégoiren ym. (2018) tutkimuksessa ahdistuneisuuden ($d=0.44$) ja masennusoireiden ($d=0.41$) muutoksissa saatiin vain pienet efektikoot. Tämän tutkimuksen efektikoot olivat suuria tai keskisuuria edellä mainituilla osa-alueilla, mikä tarkoittaa, että ryhmäinterventiolla saatiin aikaan positiivisia muutoksia opiskelijoiden hyvinvointiin ja psykologiseen joustavuuteen.

Vaikka muutokset osallistujien tietoisuustaidoissa ($p=.059$) ja stressissä ($p=.058$) olivat vain lähes tilastollisesti merkitseviä, niiden efektikoot olivat keskisuuria eli muutosta oli tapahtunut myös näissä muuttujissa. Samankaltaisesti Livheimin ym. (2015) ruotsalaisessa tutkimuksessa tietoisuustaidoissa ei tapahtunut tilastollisesti merkitsevää muutosta ($p=.067$), mutta muutoksen efektikoko oli keskisuuri ($g=0.75$). Stressin osalta positiivisia muutoksia on saatu myös muissa

opiskelijoille suunnatuissa HOT-ryhmäinterventioissa (Karimi & Aghaei, 2018; Daltry, 2015). Livheimin ym. (2015) ruotsalaisessa tutkimuksessa stressin muutoksen efektkoko oli erittäin suuri ($g=1.20$).

Koska tämän tutkimuksen otoskoko oli hyvin pieni, voivat yhden osallistujan muutokset vaikuttaa koko ryhmän keskiarvoon. Tästä syystä tarkasteltiin myös osallistujien yksilöllisiä muutoksia hyvinvoinnin, masennusoireiden, tietoisuustaitojen ja psykologisen joustavuuden osalta. Osallistujien välillä oli eroja siinä, kuinka paljon heidän pisteensä muuttuivat ryhmäintervention aikana. Jokaisen osallistujan psykologinen joustavuus lisääntyi ja masennusoireet vähenivät lähes kaikilla osallistujilla. Yhden osallistujan masennusoireiden nousu voi selittyä mittausvirheellä, sillä muutosta oli vain yhden pisteen verran. Hyvinvointi ja tietoisuustaidot lisääntyivät kuudella ja vähenivät kahdella osallistujalla. Tietoisuustaitojen osalta voidaan pohtia, vähenivätkö taidot oikeasti vai onko kyse siitä, että tiedon lisääntyessä osallistujat arvioivat itseään ja omaa toimintaansa kriittisemmin ja siksi mittarin pisteet laskivat. Yleisemmin voidaan pohtia myös sitä, että jos osallistujan lähtötaso on jo hyvällä tasolla, interventiolla voi olla hankalampaa saada positiivisia muutoksia aikaan (ns. lattia/kattoefekti). Esimerkiksi masennusoireiden osalta ryhmäintervention osallistujien pisteet olivat melko alhaiset ja tietoisuustaitojen osalta melko korkeat jo intervention alussa.

Tulosten perusteella voidaan sanoa, että ryhmäinterventio on vähintään yhtä vaikuttava tukimuoto kuin yksilöinterventio. Interventiomuotojen vertailu tehtiin vertailuparien avulla tarkastelemalla hyvinvoinnissa, stressissä ja tietoisuustaidoissa tapahtuneita muutoksia. Interventiomuodot eivät eronneet toisistaan tilastollisesti merkitsevästi minkään edellä mainitun osalta. Myöskään interventiomuotojen välisten efektkokojen perusteella interventioiden välillä ei ollut eroja vaikuttavuudessa stressin ja hyvinvoinnin osalta (PSS, $d=0.04$; MHC-SF, $d=0.03$). Tulokset ovat yhteneväisiä muiden tutkimusten (Cuijpers, van Straten, Andersson & van Oppen, 2008; Lockwood, Page, & Conroy-Hiller, 2004; Sharp, Power & Swanson, 2004) kanssa, joissa ryhmäinterventiot ja yksilöinterventiot todettiin tilastollisesti yhtä vaikuttaviksi. Lisäksi Livheimin ym. (2015) tutkimuksissa HOT-ryhmä oli nuorilla tehokkaampi tukimuoto kuin tavanomainen yksilömuotoinen tuki. Tässä tutkimuksessa havaittiin pieni ($d=0.34$), mutta ei tilastollisesti merkitsevä ero ainoastaan tietoisuustaidoissa yksilöintervention hyväksi. Tämä ero voi selittyä sillä, että yksilöintervention osallistujien lähtötaso oli alhaisempi eli heidän tietoisuustaitonsa olivat vähäisemmät kuin ryhmäintervention osallistujilla. Kuitenkin molempien interventioryhmien osallistujien tietoisuustaidot olivat hyvällä tasolla jo alussa.

Ryhmäintervention osallistujilta kerättiin kokemuksia interventiosta, mikä on arvokasta tietoa toiminnan kehittämiseksi. Kaikki osallistujat vastasivat, että ryhmäinterventiosta on ollut

heille hyötyä ja he voisivat suositella interventiota muille opiskelijoille. Myös lähes kaikki toisen suomalaisen HOT-ryhmän (Pietikäinen & Malmberg-Virta, 2016) osallistujista kokivat oppineensa uutta ja kaikki loppukyselyyn vastanneista suosittelisivat ryhmää muille opiskelijoille. Tämän tutkimuksen osallistujista lähes kaikkien mielestä ryhmäintervention malli (ryhmätuen ja verkko-ohjelman yhdistelmä) oli toimiva ja sopiva opiskelijoille. Lisäksi kaikki kahdeksan osallistujaa kertoivat soveltaneensa tietoista läsnäoloa tai pysähtymistä myöhemmin itsenäisesti eli ryhmäintervention sisältöä oli siirtynyt heidän arkeensa. Kun osallistujilta kysyttiin ryhmäintervention hyödyllisimpiä asioita, vastauksissa tulivat esiin kaikki HOT:n teemat. Tämä kertoo kaikkien osa-alueiden olleen tarpeellisia ja tärkeitä. Myös Pietikäisen ja Malmberg-Virran (2016) tutkimuksessa kaikki HOT:n teemat koettiin hyödyllisiksi osallistujien keskuudessa.

Enemmistö ryhmäintervention osallistujista piti hyvänä asiana ryhmätapaamisia itsessään ja/tai sitä, että ryhmätapaamisilla oli mahdollisuus jakaa asioita ja keskustella muiden osallistujien kanssa. Tällainen jakaminen ei ole mahdollista yksilöinterventionissa. Ryhmämuotoisen tuen tarjoaminen on tärkeää, sillä ryhmätoiminnalla voidaan mahdollisesti vähentää myös opiskelijoiden kokemaa yksinäisyyttä. Osa opiskelijoista voi kiinnostua nimenomaan ryhmätuki, eivätkä kaikki tuen tarpeessa olevat opiskelijat välttämättä halua hakeutua yksilötuen piiriin. Ryhmäinterventio tuli täyteen osallistujia, mikä viittaa tällaiselle toiminnalle olevan kysyntää. Opiskelijoita ilmoittautui kaikista opintovaiheista, eli tuen tarvetta esiintyy laajasti.

Osa ryhmäintervention osallistujista koki ryhmätapaamiset houkuttelevammaksi kuin verkko-ohjelman. Tuki, jossa nähdään kasvotusten, voi olla motivoivampaa kuin puhtaasti verkon välityksellä tapahtuva tuki. Voikin olla, että verkko-ohjelma toimii paremmin, kun mukana on myös ihmiskontaktia. Verkko-ohjelmilla on kuitenkin paljon annettavaa ja verkon osuus koettiin hyödylliseksi myös tämän tutkimuksen interventiomallissa.

Sekä osallistujien että ryhmänohjaajien mielestä ryhmäintervention suurimmat kehityskohdat liittyivät ryhmäytymiseen ja ”jään rikkomiseen”. Ryhmäytymiseen olisi voinut käyttää enemmän aikaa, sillä nyt ryhmätyöskentelyssä ei saavutettu toivottua avoimuuden ja jakamisen tasoa. Panostus ryhmäytymiseen olisi saattanut heijastua positiivisesti osallistujien kokemuksiin sekä tutkimuksen tuloksiin. Ryhmätapaamisia oli vain viisi, mikä oli haaste ryhmäytymiselle. Lisäksi jokaiselta tapaamiselta oli poissa osallistujia eli ryhmän kokoonpano vaihteli.

Osa osallistujista olisi toivonut ryhmätapaamisten sisältävän enemmän keskustelua, minkä voi ottaa jatkossa huomioon. Toisaalta keskusteluun käytetty lisäaika olisi ollut pois muulta työskentelyltä, kuten harjoitusten tekemiseltä. Viisi osallistujaa kertoi, että ryhmäintervention hyvää oli nimenomaan harjoitusten tekeminen. On tärkeää pohtia, onko ryhmäintervention

päätavoitteena asioiden “oppiminen” vai ryhmäytyminen, keskustelut ja asioiden jakaminen. Onko pääpaino siis harjoitusten tekemisessä vai keskustelussa ja kokemusten jakamisessa? Mikäli pääpaino on keskusteluissa, voisi ryhmäinterventio olla jatkossa hieman pidempi tai tiiviimpi, jotta osallistujat tutustuisivat toisiinsa paremmin. Lähes kaikki osallistujat ja ryhmänohjaajat kokivat, että interventio olisi ollut parempi ilman pitkää joulutaukoa. Tauko keskeytti hetkeksi sekä työskentelyn että tutustumisen. Jatkossa ryhmäintervention voisi siis järjestää joko syys- tai kevätlukukaudella. Ryhmänohjaajat huomasivat myös, että ryhmässä syntyi enemmän keskustelua ja se oli spontaanimpaa silloin, kun osallistujia oli vähemmän paikalla. Keskustelun kannalta pienempi ryhmä voisi toimia paremmin, jolloin sitä riittäisi ohjaamaan vain yksi ryhmänohjaaja. Toisaalta ryhmän ollessa hyvin pieni on yhdenkin osallistujan poissaolo tapaamiselta merkittävää.

Ryhmäytymiseen ja keskustelun syntymiseen ryhmässä voi vaikuttaa myös ryhmänohjaajien toiminta. Osa osallistujista pohti, että ryhmänohjaajat olisivat voineet osallistua keskusteluun enemmän ja kertoa myös omia kokemuksiaan. Tämä olisi heidän mukaansa voinut auttaa ryhmäytymisessä ja viedä keskustelua eteenpäin. Yleensä ryhmänohjaajan rooliin ei kuulu jakaa kovin paljoa henkilökohtaisia asioitaan, mutta tässä ryhmässä ohjaajat olivat itsekkin opiskelijoita ja näin ollen osallistujien vertaisia. Jakaminen olisi siis voinut olla melko luontevaa. Näistä syistä ryhmänohjaajat pohtivat, millainen heidän roolinsa tulisi olla suhteessa osallistujiin. Ryhmänohjaajat olivat kokemattomia, mikä on saattanut vaikuttaa myös tutkimuksen tuloksiin.

Toinen tutkimuksen tuloksiin mahdollisesti vaikuttanut seikka on se, että lopputapaamisiin mennessä suurin osa osallistujista ei ollut tehnyt Opiskelijan kompassi -verkko-ohjelmaa loppuun eikä kukaan osallistujista ollut paikalla kaikilla viidellä ryhmätapaamisella. Kukaan osallistujista ei siis saanut intervention koko antia. Aikataulujen sopiminen on ryhmässä aina haastavaa, mutta jatkossa olisi hyvä pohtia myös sitä, voisiko osallistujia motivoida ryhmäinterventioon jollain tapaa paremmin. Voisiko esimerkiksi verkkotehtävien tekemistä lisätä se, jos osallistujat saisivat kirjallista palautetta tehtävien tekemisestä.

4.1 Tutkimuksen rajoitukset ja yleistettävyys

Tutkimukseen liittyy joitakin rajoituksia. Ensinnäkin tutkimuksen otoskoko oli hyvin pieni, mikä heikentää tulosten yleistettävyttä. Alussa osallistujia oli 10, mutta loppumittaukset saatiin vain kahdeksalta osallistujalta. Pienestä otoskoosta johtuen yksittäisten osallistujien hyvinvoinnissa ja elämäntilanteissa tapahtuneet muutokset voivat vaikuttaa koko ryhmän tuloksiin. Tilastollinen

voima olisi suurempi, mikäli otoskoko olisi ollut suurempi. Näin ollen suuremmalla otoskoolla tutkimuksen melkein tilastollisesti merkitseviä tuloksista olisi voitu saada tilastollisesti merkitseviä. Toiseksi, suurin osa tutkimukseen osallistuneista opiskelijoista oli 20-33 -vuotiaita naisia, joten tulokset ovat yleistettävissä tämän ikäisiin naispuolisiin yliopisto-opiskelijoihin. Kolmanneksi, interventioryhmiä ei voitu randomisoida, joten ei voida poissulkea sitä vaihtoehtoa, että yksilö- ja ryhmäinterventioiden välillä olisi eroja. Interventiomuodot oli kuitenkin samankaltaistettu osallistujien iän, sukupuolen ja hyvinvoinnin lähtötason osalta. Neljänneksi, interventiomuotojen vertailu voitiin tehdä vain kolmen yhteisen mittarin perusteella. Viidenneksi, ryhmänohjaajat keräsivät osallistujilta palautetta kasvotusten eli osallistujat eivät voineet vastata anonyymeinä. Tällä tavoin osallistujat eivät ole välttämättä halunneet tuoda kaikkia ajatuksiaan esiin. Kuudenneksi, ryhmänohjaajat olivat kokemattomia, mikä on voinut vaikuttaa tutkimuksen tuloksiin. Nämä tutkimustulokset ovat yleistettävissä ryhmiin, joiden ryhmänohjaajina ovat toimineet henkilöt, joilla on vain vähän kokemusta ryhmän ohjaamisesta.

4.2 Johtopäätökset

Merkittävä osa opiskelijoista kärsii erilaisista hyvinvointiin liittyvistä ongelmista, kuten stressistä ja ahdistuneisuudesta. Koska jo olemassa olevat tukipalvelut eivät pysty vastaamaan kaikkeen opiskelijoilla esiintyvään tuen tarpeeseen, täytyy tukimuotoja kehittää lisää. Opiskelijoita on syytä tukea ajatellen myös myöhempää työssäjaksamista.

Tämän tutkimuksen tulosten perusteella lyhyt HOT-ryhmäinterventio opiskelijoiden ohjaamana on vaikuttava tukimuoto opiskelijoiden hyvinvoinnin tukemisessa. Ryhmäintervention osallistujat kokivat HOT:iin perustuvan ryhmäintervention toimivaksi ja kertoivat kyseisen verkon ja ryhmätapaamisten yhdistelmän olevan sopiva opiskelijoille. Myös aiemmissa tutkimuksissa HOT-lyhytinterventiot on todettu tehokkaiksi opiskelijoiden tukemisessa.

Tulosten perusteella ryhmäinterventiota voidaan suositella joko yksilöintervention rinnalle tai sen sijasta opiskelijoiden hyvinvoinnin edistämiseksi. Ryhmäinterventio todettiin yhtä vaikuttavaksi kuin samaan verkko-ohjelmaan perustuva yksilöinterventio. Ryhmämuotoisena tukea pystytään tarjoamaan kerralla suuremmalle määrälle opiskelijoita pienemmällä määrällä tukihenkilöitä, minkä lisäksi osa opiskelijoista haluaa nimenomaan ryhmämuotoista tukea. Ryhmätoimintaa tulisi siis kehittää myös jatkossa.

Aiheesta tarvitaan lisätutkimusta. Tämän tutkimuksen otoskoko oli hyvin pieni ja tulokset ovat vasta alustavia. Tulevaisuudessa olisi kiinnostavaa vertailla ryhmä- ja yksilöinterventioita randomisoimalla osallistujat interventioryhmiin. Suuremmalla otoskolla ja keräämällä lisää aineistoa voitaisiin tarkastella myös ryhmäintervention kustannustehokkuutta suhteessa yksilöinterventioon.

5. LÄHTEET

- Aardoom, J. J., Dingemans, A. E., Spinhoven, P., Van Ginkel, J. R., De Rooij, M. & Van Furth, E. F. (2016). Web-Based Fully Automated Self-Help With Different Levels of Therapist Support for Individuals With Eating Disorder Symptoms: A Randomized Controlled Trial. *Journal of medical Internet research*, 18(6).
- Baer, R. A., Smith, G. T., Lykins, E., Button, D., Krietemeyer, J., Sauer, S., Walsh, E., Duggan, D., Williams, J. & Mark, G. (2008). Construct Validity of the Five Facet Mindfulness Questionnaire in Meditating and Nonmeditating Samples. *Assessment*, 15 (3), 329-342.
- Barak, A. Klein, B. & Proudfoot, J. G. (2009). Defining Internet-Supported Therapeutic Interventions. *Annals of Behavioral Medicine*, 38(1), 4-17.
- Bernhardsdottir, J., Champion, J. D. & Skärsäter, I. (2014). The experience of participation in a brief cognitive behavioural group therapy for psychologically distressed female university students. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 21(8), 679-686.
- Brinkborg, H., Michanek, J., Hesser, H. & Berglund, G. (2011). Acceptance and commitment therapy for the treatment of stress among social workers: A randomized controlled trial. *Behaviour Research and Therapy*, 49(6-7), 389-398.
- Buhrman, M., Skoglund, A., Husell, J., Bergström, K., Gordh, T., Hursti, T., Bendelin, N., Furmark, T. & Andersson, G. (2013). Guided internet-delivered acceptance and commitment therapy for chronic pain patients: A randomized controlled trial.(Clinical report). *Behaviour Research and Therapy*, 51(6), 307.
- Cohen, S. (1994). Perceived Stress Scale. Lainattu 17.10.2018, saatavilla: <http://www.mindgarden.com/documents/PerceivedStressScale.pdf>
- Counselman, E. F. (2008). Why Study Group Therapy? *International Journal of Group Psychotherapy*, 58(2), 265-272.
- Cowperrwait, L. & Clarke, D. (2013). Effectiveness of Web-Based Psychological Interventions for Depression: A Meta-Analysis. *International Journal of Mental Health and Addiction*, 11(2), 247-268.
- Craske, M. G. Nilas, A. N., Burklund, L. J., Wolitzky-Taylor, K. B., Vilardaga, J. C. P., Arch, J. J., Saxbe, D. E. & Lieberman, M. D. (2014). Randomized Controlled Trial of Cognitive Behavioral Therapy and Acceptance and Commitment Therapy for Social Phobia: Outcomes and Moderators. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 82(6), 1034-1048.
- Cuijpers, P., van Straten, A., Andersson, G. & van Oppen, P. (2008). Psychotherapy for Depression in Adults: A Meta-Analysis of Comparative Outcome Studies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 76(6), 909-922.
- Daltry, R. M. (2015). A Case Study: An ACT Stress Management Group in a University Counseling Center. *Journal of College Student Psychotherapy*, 29(1), 36-43.
- Dalrymple, K. & Herbert, J. (2007). Acceptance and commitment therapy for generalized social anxiety disorder - A pilot study. *Behavior Modification*, 31(5), 543-568.
- Dionne, F., Gagnon, J., Carbonneau, N., Hallis, L., Grégoire, S. & Balbinotti, M. (2016). USING ACCEPTANCE AND MINDFULNESS TO REDUCE PROCRASTINATION AMONG UNIVERSITY STUDENTS: RESULTS FROM A PILOT STUDY. *Prâksis*, 1, 8-20.

- Fledderus, M., Bohlmeijer, E. T., Smit, F. & Westerhof, G. J. (2010). Mental Health Promotion as a New Goal in Public Mental Health Care: A Randomized Controlled Trial of an Intervention Enhancing Psychological Flexibility. *American journal of public health, 100*(12), 2372-2378.
- Forman, E. M., Shaw, J. A., Goetter, E. M., Herbert, J. D., Park, J. A. & Yuen, E. K (2012). Long-Term Follow-Up of a Randomized Controlled Trial Comparing Acceptance and Commitment Therapy and Standard Cognitive Behavior Therapy for Anxiety and Depression. *Behavior Therapy, 43*(4), 801-811.
- Forman, E. M., Herbert, J. D., Moitra, E., Yeomans, P. D. & Geller, P. A. (2007). A Randomized Controlled Effectiveness Trial of Acceptance and Commitment Therapy and Cognitive Therapy for Anxiety and Depression. *Behavior Modification, 31*(6), 772-799.
- Grégoire, S., Lachance, L., Bouffard, T. & Dionne, F. (2018). The Use of Acceptance and Commitment Therapy to Promote Mental Health and School Engagement in University Students: A Multisite Randomized Controlled Trial. *Behavior Therapy, 49*(3), 360-372.
- Greco, L. A., Lambert, W. & Baer, R. A. (2008). Psychological Inflexibility in Childhood and Adolescence: Development and Evaluation of the Avoidance and Fusion Questionnaire for Youth. *Psychological Assessment, 20*(2), pp. 93-102.
- Hartwell, H. (2013). Wellbeing. *Perspectives in public health, 133*(5).
- Hayes, S. C. (2016). Acceptance and Commitment Therapy, Relational Frame Theory, and the Third Wave of Behavioral and Cognitive Therapies – Republished Article. *Behavior Therapy, 47*(6), 869-885.
- Hayes, S. C., Pistorello, J., & Levin, M. E. (2012). Acceptance and commitment therapy as a unified model of behavior change. *The Counseling Psychologist, 40*, 976-1002.
- Hayes, S. C., Strosahl, K. D. & Wilson, K. G. (2012). *Acceptance and commitment therapy: The process and practice of mindful change* (2nd ed.). New York: Guilford Press.
- Hayes, S. C., Luoma, J. B., Bond, F. W., Masuda, A. & Lillis, J. (2006). Acceptance and Commitment Therapy: Model, processes and outcomes. *Behaviour Research and Therapy, 44*(1), 1-25.
- Heber, E., Ebert, D. D., Lehr, D., Cuijpers, P., Berking, M., Nobis, S. & Riper, H. (2017). The Benefit of Web- and Computer-Based Interventions for Stress: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Journal of medical Internet research, 19*(2).
- Hesser, H. Gustafsson, T., Lundén, C., Henrikson, O., Fattahi, K., Johnsson, E., Westin, V. Z. Carlbring, P., Mäki-Torkko, E., Kaldo, V. & Andersson, G. (2012). A Randomized Controlled Trial of Internet-Delivered Cognitive Behavior Therapy and Acceptance and Commitment Therapy in the Treatment of Tinnitus. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 80*(4), 649-661.
- Heydari, M., Masafi, S., Jafari, M., Saadat, S. H. & Shahyad, S. (2018). Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy on Anxiety and Depression of Razi Psychiatric Center Staff. *Open access Macedonian journal of medical sciences, 6*(2).
- Horgan, Á. & Sweeney, J. (2012). University Students' Online Habits and Their Use of the Internet for Health Information. *CIN: Computers, Informatics, Nursing, 30*(8), 402-408.
- Howell, A. & Passmore, H-A. (2018). Acceptance and Commitment Training (ACT) as a Positive Psychological Intervention: A Systematic Review and Initial Meta-analysis Regarding ACT's Role in Well-Being Promotion Among University Students. *Journal of Happiness Studies, 1*-16.

- Järvelä-Reijonen, E. Karhunen, L., Sairanen, E., Muotka, J., Lindroos, S., Laitinen, J., Puttonen, S., Peuhkuri, K., Hallikainen, M., Pihlajamäki, J., Korpela, R., Ermes, M., Lappalainen, R. & Kolehmainen, M. (2018). The effects of acceptance and commitment therapy on eating behavior and diet delivered through face-to-face contact and a mobile app: A randomized controlled trial. *International Journal Of Behavioral Nutrition And Physical Activity*, 15(22).
- Kangasniemi, A. M. Lappalainen, R., Kankaanpää, A., Tolvanen, A. & Tammelin, T. (2015). Towards a physically more active lifestyle based on one's own values: The results of a randomized controlled trial among physically inactive adults.(Report). *BMC Public Health*, 15(1).
- Karimi, M. & Asghar Aghaei, A. (2018). The effectiveness of group application of acceptance and commitment therapy on anxiety, depression, and stress among high school female students. *International Journal of Educational and Psychological Researches*, 4(2), 71-77.
- Keyes, C. L. M. (2009). Atlanta: Brief description of the mental health continuum short form (MHC-SF) [Internet] Lainattu 15.10.2018, saatavilla: <https://www.aacu.org/sites/default/files/MHC-SFEnglish.pdf>
- Keyes, C. L. M. Wissing, M., Potgieter, J. P., Temane, M., Kruger, A. & Van Rooy, S. (2008). Evaluation of the mental health continuum–short form (MHC–SF) in setswana-speaking South Africans. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 15 (3), 181-192.
- Kohtala, A. Lappalainen, R., Savonen, L., Timo, E. & Tolvanen, A. (2015). A four-session acceptance and commitment therapy based intervention for depressive symptoms delivered by masters degree level psychology students: A preliminary study. *Behavioural and cognitive psychotherapy*, 43(3).
- Koutra, A., Katsiadrami, A. & Diakogiannis, G. (2010). The effect of group psychological counselling in Greek university students' anxiety, depression, and self-esteem. *European Journal of Psychotherapy & Counselling*, 12(2), 101-111.
- Kroenke, K., Spitzer, R. L. & Williams, J. B. W. (2001). The PHQ-9. *Journal of General Internal Medicine*, 16(9), 606-613.
- Kunttu, K., Pesonen, T. & Saari, J. (2017). Korkeakouluopiskelijoiden terveystutkimus 2016. Ylioppilaiden terveydenhoitosäätiön tutkimuksia 48. Lainattu 17.10.2018, saatavilla: http://www.yths.fi/filebank/4237-KOTT_2016_korjattu_final_0217.pdf
- Lappalainen, P., Langrial, S., Oinas-Kukkonen, H., Tolvanen, A. & Lappalainen, Raimo (2015). Web-Based Acceptance and Commitment Therapy for Depressive Symptoms With Minimal Support: A Randomized Controlled Trial. *Behavior Modification*, 39(6), 805-834.
- Lappalainen, P., Granlund, A., Siltanen, S., Ahonen, S., Vitikainen, M., Tolvanen, A. & Lappalainen, R. (2014). ACT Internet-based vs face-to-face? A randomized controlled trial of two ways to deliver Acceptance and Commitment Therapy for depressive symptoms: An 18-month follow-up. *Behaviour Research and Therapy*, 61(C), 43-54.
- Levin, M. E., Haeger, J. A., Pierce, B. G. & Twohig, M. P. (2017). Web-Based Acceptance and Commitment Therapy for Mental Health Problems in College Students: A Randomized Controlled Trial. *Behavior Modification*, 41(1), 141-162.
- Levin, M. E., Pistorello, J., Seeley, J. R. & Hayes, S. C. (2013). Feasibility of a Prototype Web-Based Acceptance and Commitment Therapy Prevention Program for College Students. *Journal of American College Health*, 62(1), 20-30.
- Liber, J. M., Van Widenfelt, B. M., Utens, E. M. W. J., Ferdinand, R. F., Van Der Leeden, A. J. M., Van Gastel, W., Treffers, P. D. A. (2008). No Differences between Group versus Individual Treatment of

- Childhood Anxiety Disorders in a Randomised Clinical Trial. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 49(8), 886-893.
- Litvin, E. B., Abrantes, A. M., & Brown, R. A. (2013). Computer and mobile technology-based interventions for substance use disorders: An organizing framework. *Addictive Behaviors*, 38(3), 1747-1756.
- Livheim, F., Hayes, L., Ghaderi, A., Magnusdottir, T., Högfeldt, A., Rowse, J., Turner, S., Hayes, S. C. & Tengström, A. (2015). The Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy for Adolescent Mental Health: Swedish and Australian Pilot Outcomes. *Journal of Child and Family Studies*, 24(4), 1016-1030.
- Lockwood, C., Page, T. & Conroy-Hiller, T. (2004). Comparing the effectiveness of cognitive behaviour therapy using individual or group therapy in the treatment of depression. *JBIC Database of Systematic Reviews and Implementation Reports*, 2(5), 1-33.
- Marshall, E. & Brockman, R. (2016). The Relationships Between Psychological Flexibility, Self-Compassion, and Emotional Well-Being. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 30(1), 60-72.
- Meredith, L. N. & Frazier, P. A. (2019). Randomized Trial of Web-Based Stress Management Interventions For Community College Students. *Community College Journal of Research and Practice*, 43(1), 42-53.
- Molla Jafar, H., Salabifard, S., Mousavi, S. M. & Sobhani, Z. (2015). The Effectiveness of Group Training of CBT-Based Stress Management on Anxiety, Psychological Hardiness and General Self-Efficacy Among University Students. *Global journal of health science*, 8(6), 47-54.
- Mora, L., Nevid, J. & Chaplin, W. (2008). Psychologist treatment recommendations for Internet-based therapeutic interventions. *Computers in Human Behavior*, 24(6), 3052-3062.
- Musiati, P., Conrod, P., Treasure, J., Tylee, A., Williams, C. & Schmidt, U. (2014) Targeted prevention of common mental health disorders in university students: Randomised controlled trial of a transdiagnostic trait-focused web-based intervention. *PLoS ONE*, 9(4).
- Niles, A. N. Burklund, L. J., Arch, J. J., Lieberman, M. D., Saxbe, Darby & Craske, M. G. (2014). Cognitive Mediators of Treatment for Social Anxiety Disorder: Comparing Acceptance and Commitment Therapy and Cognitive-Behavioral Therapy. *Behavior Therapy*, 45(5), 664-677.
- Nordin, M. & Nordin, S. (2013). Psychometric evaluation and normative data of the Swedish version of the 10-item perceived stress scale. *Scandinavian Journal Of Psychology*, 54(6), 502-507.
- Omidi, A. & Talighi, E. (2017). The Effectiveness of Marital Therapy based on Acceptance and Commitment on Couples' Marital Satisfaction and Quality of Life. *International Journal of Body*, 4(1), 46-51.
- Pakenham, K. I. & Stafford-Brown, J. (2013). Postgraduate clinical psychology students' perceptions of an Acceptance and Commitment Therapy stress management intervention and clinical training. *Clinical Psychologist*, 17(2), 56-66.
- Pietikäinen, A. & Malmberg-Virta, A. 2016. HOT-ryhmävalmennuksen pilotointi YTHS:llä. Ylioppilaiden Terveystieteiden tutkimuskeskus, RAPORTTISARJA, Raportti 13. Lainattu 17.4.2019, saatavilla: <https://www.yths.fi/filebank/3725-13-HOT.pdf>
- Rahikainen, J. (2016). Yliopisto-opiskelijan kokema päivittäinen hyvinvointi ja stressi. Pro gradu -tutkielma. Jyväskylän yliopisto, Jyväskylä.
- Rideout, V. (2001). How young people use the Internet for health information. A Kaiser Family Foundation Survey. *Public health reports (Washington, D.C. : 1974)*, 116(6).

- Ryff, C. D. (1989). Happiness Is Everything, or Is It? Explorations on the Meaning of Psychological Well-Being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 57(6), 1069-1081.
- Räsänen, P., Lappalainen, P., Muotka, J., Tolvanen, A. & Lappalainen, R. (2016). An online guided ACT intervention for enhancing the psychological wellbeing of university students: A randomized controlled clinical trial. *Behaviour Research and Therapy*, 78(C), 30-42.
- Saari, J. Villa, T. (2017). Opiskelua ristipaineessa - Yliopisto-opiskelijoiden hyvinvointivajeet, niiden kasautuminen ja yhteys psyykkiseen oireiluun. Teoksessa Korkeakouluopiskelijoiden terveystutkimus 2016. Ylioppilaiden terveydenhoitosäätiön tutkimuksia 48. Lainattu 18.10.2018, saatavilla: http://www.yths.fi/filebank/4237-KOTT_2016_korjattu_final_0217.pdf
- Sairanen, E., Lappalainen, P. & Hiltunen, A. (2018) *Psychological inflexibility explains distress in parents whose children have chronic conditions*. Public Library of Science.
- Sandoz, E. K., Kellum, K. K. & Wilson, K. G. (2017). Feasibility and preliminary effectiveness of acceptance and commitment training for academic success of at-risk college students from low income families. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 6(1), 71-79.
- Seligman, M. E., Schulman, P. & Tryon, A. M. (2007). Group prevention of depression and anxiety symptoms. *Behaviour Research and Therapy*, 45(6), 1111-1126.
- Sharp, D. M., Power, K. G. & Swanson, V. (2004). A comparison of the efficacy and acceptability of group versus individual cognitive behaviour therapy in the treatment of panic disorder and agoraphobia in primary care. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 11(2), 73-82
- Spitzer, R. L., Kroenke, K., Williams, J. W. & Lowe, B. (2006). A Brief Measure for Assessing Generalized Anxiety Disorder: The GAD-7. ARCH INTERN MED/ VOL 166, MAY 22, 2006 WWW.ARCHINTERNMED.COM ©2006 American Medical Association. 1092-1097.
- Stallman, H. M. (2010). Psychological distress in university students: A comparison with general population data. *Australian Psychologist*, 45(4), 249-257.
- Stamp, E. Crust, L., Swann, C., Perry, J., Clough, P. & Marchant, D. (2015). Relationships between mental toughness and psychological wellbeing in undergraduate students. *Personality and Individual Differences*, 75(C), 170-174.
- Ter Huurne, E. D., De Haan, H. A., Postel, M. G., Van Der Palen, J., Van Der Nagel, J. E.L. & DeJong, C. A. J. (2015). Web-Based Cognitive Behavioral Therapy for Female Patients With Eating Disorders: Randomized Controlled Trial. *Journal of medical Internet research*, 17(6).
- Thorsell, J., Finnes, A., Dahl, J., Lundgren T., Gybrant, M., Gordh, T. & Burhman, M. (2011). A Comparative Study of 2 Manual-based Self-Help Interventions, Acceptance and Commitment Therapy and Applied Relaxation, for Persons With Chronic Pain. *The Clinical Journal of Pain*, 27(8), 716-723.
- Trompetter, H. R., ten Klooster, P. M., Schreurs, K. M. G., Fledderus, M., Westerhof, G. J. & Bohlmeijer, E. T. (2013). Measuring Values and Committed Action With the Engaged Living Scale (ELS): Psychometric Evaluation in a Nonclinical Sample and a Chronic Pain Sample. *Psychological Assessment*, 25(4), 1235-1246.
- Tucker, M. & Oei, T. P. S. (2007). Is Group More Cost Effective than Individual Cognitive Behaviour Therapy? The Evidence is not Solid Yet. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 35(1), 77-91.
- Vaarama, M., Moisio, M. & Karvonen, S. (toim.) (2010) Suomalaisten hyvinvointi. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. Yliopistopaino.

Villa, T. (2016) Sosiaalinen hyvinvointi ja terveys. Teoksessa Opiskelijabarometri 2014. Katsaus korkeakouluopiskelijoiden opintoihin, arkeen ja hyvinvointiin. Toim. Villa, T. Opiskelun ja koulutuksen tutkimussäätiö Otus. Savion Kirjapaino Oy, Kerava 2016.

Viskovich, S. & Pakenham, K. I. (2018). Pilot evaluation of a web-based acceptance and commitment therapy program to promote mental health skills in university students. *Journal of Clinical Psychology*, 74(12), 2047-2069.

Wang, S., Zhou, Y., Yu, S., Ran, L.-W., Liu, X.-P., & Chen, Y.-F. (2017). Acceptance and Commitment Therapy and Cognitive-Behavioral Therapy as Treatments for Academic Procrastination: A Randomized Controlled Group Session. *Research on Social Work Practice*, 27(1), 48-58.

Wei-Po C., Kun-Hua L., Chih-Hung K., Tai-Ling L., Ray C. H., Hsiu-Fen L. & Cheng-Fang Y. (2017). Relationship between psychological inflexibility and experiential avoidance and internet addiction: Mediating effects of mental health problems. *Psychiatry Research*, 257, 40-44.

Wersebe, H., Lieb, R., Meyer, A. H., Hofer, P. & Gloster, A. T. (2018). The link between stress, well-being, and psychological flexibility during an Acceptance and Commitment Therapy self-help intervention. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 18(1), 60-68.

Westin, V. Z., Schulin, M., Hesser, H., Karlsson, M., Noe, R. Z., Olofsson, U., Stalby, M., Wisung, G. & Andersson, G. (2011). Acceptance and commitment therapy versus tinnitus retraining therapy in the treatment of tinnitus: A randomised controlled trial. *Behaviour research and therapy*, 49(11).

Wetherell, J. L., Afari, N., Rutledge, T., Sorrell, J. T., Stoddard, J. A., Petkus, A.J., Solomon, B. C., Lehman, D. H., Liu, L., Lang, A. J. & Atkinson, J. H. (2011). A randomized, controlled trial of acceptance and commitment therapy and cognitive-behavioral therapy for chronic pain. *Pain*, 152(9), 2098-2107.

WHO. World Health Organization. (2014). Mental health: a state of well-being. Lainattu 13.12.2018, saatavilla: https://www.who.int/features/factfiles/mental_health/en/

WHO. World Health Organization. (2006). Constitution of The World Health Organization. Lainattu 13.12.2018, saatavilla: https://www.who.int/governance/eb/who_constitution_en.pdf

Wicksell, K., Olsson, G. L. & Hayes, S. C. (2011). Mediators of change in Acceptance and Commitment Therapy for pediatric chronic pain. *Pain*, 152(12), 2792-2801.

Yang, D., Hur, J.-W., Kwak, Y. B. & Choi, S.-W. (2018). A Systematic Review and Meta-Analysis of Applicability of Web-Based Interventions for Individuals with Depression and Quality of Life Impairment. *Psychiatry investigation*, 15(8).

Zarling, A., Lawrence, E. & Marchman J. (2015). A Randomized Controlled Trial of Acceptance and Commitment Therapy for Aggressive Behavior. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 83(1), 199-212.