

LUKIOLAISTEN MASENTUNEISUUS, KOETTU AVUNTARVE, TYYTYVÄISYYS  
OPISKELUTERVEYDENHUOLTOON JA SEN KÄYTTÖ

-Uudenmaan ja Pohjanmaan maakuntien, suomen- ja ruotsinkielisten kieliryhmien ja  
sukupuolten vertailua

Elina Kangas  
Terveyskasvatuksen  
pro gradu –tutkielma  
Jyväskylän yliopisto  
Terveystieteiden laitos  
Kevät 2011

## TIIVISTELMÄ

Lukiolaisten masentuneisuus, koettu avuntarve, tyytyväisyys opiskeluterveydenhuoltoon ja sen käyttö - Uudenmaan ja Pohjanmaan maakuntien, suomen- ja ruotsinkielisten kieliryhmien ja sukupuolten vertailua

Elina Kangas

Terveyskasvatuksen pro gradu –tutkielma

Jyväskylän yliopisto, Liikunta- ja terveystieteiden tiedekunta, Terveystieteiden laitos

Kevät 2011

134 sivua, 2 liitettä

Ohjaaja: LitT Jorma Tynjälä

---

Tässä tutkimuksessa tarkasteltiin kieliryhmittäin Uudenmaan ja Pohjanmaan alueilla lukiolaisten masennusoireilun esiintyvyyttä, koettua avuntarvetta, opiskeluterveydenhuollon palvelujen käyttöä ja tyytyväisyyttä näihin palveluihin. Tutkimusaineistona käytettiin kouluterveyskyselyjä vuosilta 2007 ja 2008. Vastanneita oli yhteensä 4 251, joista 2 428 oli suomenkielisten ja 1 823 ruotsinkielisten lukioiden ensimmäisen ja toisen vuosikurssin opiskelijoita. Aineiston tilastollisessa analysoinnissa käytettiin ristiintaulukointia sekä logistista ja multinomiaalista logistista regressioanalyysia.

Uudenmaan ja Pohjanmaan lukiolaisista yli 10 % koki keskivaikeaa tai vaikeaa masentuneisuutta. Masentuneisuus oli suomenkielisillä yleisempää kuin ruotsinkielisillä. Uudellamaalla masentuneisuus oli suomenkielisillä tytöillä kaksi kertaa ruotsinkielisiä tyttöjä yleisempää. Suomenkielisillä lukiolaisilla opiskeluterveydenhuollon terveydenhoitajan vastaanottokäynnit olivat ruotsinkielisiä yleisempiä. Sen sijaan ruotsinkielisillä lääkärin vastaanottokäynnit olivat suomenkielisistä yleisempiä. Masentuneisuuden vaikeusasteella oli yhteys vastaanottokäynteihin. Keskivaikeaa tai vaikeaa masentuneisuutta kokevilla suomenkielisillä lukiolaisilla terveydenhoitajan vastaanottokäynnit ja ruotsinkielisillä lääkärin vastaanottokäynnit olivat yleisempiä kuin korkeintaan lievää masentuneisuutta kokevilla. Keskivaikeaa tai vaikeaa masentuneisuutta ilmoittaneet lukiolaiset kokivat tarvitsevansa apua masentuneen tai ahdistuneen mielialan takia yleisemmin kuin korkeintaan lievää masentuneisuutta ilmoittaneet. Lukiolaiset, jotka kokivat tarvitsevansa apua, kävivät muita lukiolaisia yleisemmin sekä terveydenhoitajan että lääkärin vastaanotolla. Keskivaikeaa tai vaikeaa masentuneisuutta kokevat lukiolaiset olivat tyytymättömämpiä opiskeluterveydenhuoltoon heidän halutessaan keskustella henkilökohtaisista asioistaan kuin korkeintaan lievän masentuneisuuden pistemäärän saaneet.

Masentuneisuus on yleinen ongelma Uudenmaan ja Pohjanmaan lukiolaisilla. Erityisen yleistä masentuneisuus on Uudenmaan suomenkielisillä tytöillä. Masentuneisuus muodostaa haasteen opiskeluterveydenhuollolle. Tällä hetkellä opiskeluterveydenhuolto ei pysty täysin vastaamaan masentuneiden lukiolaisten tarpeisiin.

Asiasanat: masennus, opiskeluterveydenhuolto, lukiolaiset, suomenkieliset, ruotsinkieliset

## ABSTRACT

Depression symptoms among upper secondary school students, the perceived need for help, satisfaction with student health services and its use – Comparisons between Uusimaa and Ostrobothnia, the Finnish and Swedish-speaking linguistic groups and genders.

Elina Kangas

Master's thesis of health education

University of Jyväskylä, Faculty of Sport and Health sciences, Department of Health Sciences

Spring 2011

Pages 134, appendixes 2

Supervisor: Ph.D. Jorma Tynjälä

---

This study examined the prevalence of depression symptoms, the perceived need for help, use of and satisfaction with student health services among upper secondary school students (16 - 17 year olds) between language groups and between regions in Uusimaa and Ostrobothnia. The data used in this study were the school health surveys of the years 2007 and 2008 (School Health Promotion Study). The respondents were upper secondary school students, altogether 4 251, 2 428 of whom were Finnish-speaking and 1 823 Swedish-speaking. Cross tabulation and logistic and multinomial logistic regression analysis were used for the statistical analysis of the data.

More than 10% of the upper secondary school students in Uusimaa and Ostrobothnia experienced moderate or severe depression symptoms. The depression symptoms were more common among Finnish-speaking students than among Swedish-speaking. In Uusimaa, the depression symptoms were twice as common among Finnish-speaking girls as among Swedish-speaking girls. The use of student health nurse services was more common among Finnish-speaking students than among Swedish-speaking. Instead, the use of doctor's services was more common among Swedish-speaking than Finnish-speaking. The degree of severity of the depression symptoms was related to the use of health services. The use of health nurse services among Finnish speaking upper secondary school students and the use of doctor's services among Swedish-speaking students experiencing moderate or severe depression symptoms were more common than among students experiencing at most mild symptoms of depression. The students who reported experiencing moderate or severe symptoms of depression experienced need for help due to their feelings of anxiety or depression more often than the students reporting at most mild symptoms of depression. The students who experienced greater need for help used both health nurse and doctor's services more often. The students experiencing moderate or severe depression symptoms were less satisfied with the student health service while they wanted to discuss personal matters than the students experiencing at most mild symptoms of depression. Depression is a common problem among upper secondary school students in Uusimaa and Ostrobothnia. The most severe are the depression symptoms among Finnish-speaking girls in Uusimaa. Depression poses a challenge for student health services. Currently, student health care does not fully meet the needs of the students experiencing depression symptoms.

Key words: depression, student health services, upper secondary school students, Finnish-speaking linguistic group, Swedish-speaking linguistic groups

## SISÄLLYS

<b>1 JOHDANTO</b> .....	<b>1</b>
<b>2 NUORUUSIKÄ</b> .....	<b>3</b>
<b>2.1 Nuoruusiän kehityksestä</b> .....	<b>4</b>
<b>2.2 Nuoruuden kehitykseen liittyviä ongelmia</b> .....	<b>8</b>
<b>3 MASENNUKSEN ARVIOINTI OSANA ITSEARVIOITUA TERVEYTTÄ</b> .....	<b>9</b>
<b>3.1 Masennuksen määrittelyä</b> .....	<b>9</b>
<b>3.1.1 Masennuksen ilmeneminen nuorilla</b> .....	<b>11</b>
<b>3.1.2 Nuorten masennuksen taustalla olevia tekijöitä</b> .....	<b>13</b>
<b>3.2 Nuorten masennuksen esiintyvyys, hoito ja uusiutuminen</b> .....	<b>15</b>
<b>3.2.1 Nuorten masennuksen esiintyvyys</b> .....	<b>16</b>
<b>3.2.2 Nuorten masennuksen hoito ja hoitoon hakeutuminen</b> .....	<b>18</b>
<b>3.2.3 Nuorten masennuksen uusiutuminen ja ennustemerkitys mielenterveydelle aikuisuudessa</b> .....	<b>21</b>
<b>3.3 Itsearvioitu terveys nuorilla ja masennusoireilu sen indikaattorina</b> .....	<b>22</b>
<b>4 NUORTEN TERVEYSEROISTA SUOMESSA</b> .....	<b>26</b>
<b>4.1 Alueellisia terveyseroja Uudenmaan ja Pohjanmaan välillä</b> .....	<b>27</b>
<b>4.2 Suomenkielisen ja ruotsinkielisen väestöryhmän välisiä terveyseroja</b> .....	<b>28</b>
<b>4.3 Sosiaalinen pääoma kieliryhmien välisten hyvinvointierojen selittäjänä</b> .....	<b>29</b>
<b>5 TERVEYSHAASTEET LUKIOISSA</b> .....	<b>31</b>
<b>5.1 Lukio-opiskelun ominaispiirteitä</b> .....	<b>31</b>
<b>5.1.1 Vastuunotto ja sosiaaliset suhteet luokattomassa lukiossa</b> .....	<b>32</b>
<b>5.1.2 Koulu-uupumus lukiolaisilla</b> .....	<b>33</b>
<b>5.2 Terveiden edistäminen lukioissa</b> .....	<b>36</b>
<b>5.2.1 Terveyskasvatus osana psyykkisen hyvinvoinnin edistämistä</b> .....	<b>38</b>
<b>5.2.2 Opiskelijahuolto lukioissa</b> .....	<b>40</b>
<b>5.2.3 Opiskeluterveydenhuolto lukioissa</b> .....	<b>41</b>
<b>5.2.4 Lukioiden välinen eriarvoisuus opiskeluterveydenhuollon palveluissa</b> .....	<b>44</b>
<b>6 TUTKIMUKSEN TOTEUTTAMINEN</b> .....	<b>46</b>
<b>6.1 Tutkimusongelmat</b> .....	<b>46</b>
<b>6.2 Tutkimusaineisto</b> .....	<b>47</b>

6.3 Tutkimuksen mittarit.....	48
6.4 Tilastolliset analyysimenetelmät.....	51
7 TULOKSET.....	53
7.1 Masentuneisuuden esiintyvyys.....	53
7.2 Lukiolaisten tyytyväisyys opiskeluterveydenhuollon palveluihin.....	56
7.2.1 Tyytyväisyys maakunnittain, kieliryhmittäin ja sukupuolittain.....	57
7.2.2 Tyytyväisyys masentuneisuuden vaikeusasteen mukaan.....	58
7.2.3 Yhteenvetoa tyytyväisyyden yhteyksistä tutkimuksen taustamuuttujiin.....	60
7.3 Opiskeluterveydenhuollon terveydenhoitajan ja lääkärin vastaanottokäynnit...	62
7.3.1 Vastaanottokäynnit maakunnittain, kieliryhmittäin ja sukupuolittain.....	62
7.3.2 Vastaanottokäynnit masentuneisuuden vaikeusasteen mukaan.....	69
7.4 Masentuneisuuden tai ahdistuksen vuoksi koettu avuntarve.....	77
7.4.1 Koettu avuntarve maakunnan, kieliryhmän, sukupuolen ja masentuneisuuden vaikeusasteen mukaan.....	78
7.4.2 Opiskeluterveydenhuollon vastaanottokäynnit koetun avuntarpeen mukaan.....	80
7.4.3 Yhteenvetoa terveydenhoitajan ja lääkärin vastaanottokäyntimäärien yhteyksistä tutkimuksen taustamuuttujiin.....	94
7.5 Yhteenveto keskeisimmistä tuloksista.....	99
8 POHDINTA.....	103
8.1 Tutkimuksen luotettavuus.....	103
8.2 Tulosten pohdinta.....	108
8.2.1 Masentuneisuuden esiintyvyys.....	109
8.2.2 Opiskeluterveydenhuolto.....	113
8.2.3 Masentuneisuutta kokevien lukiolaisten opiskeluterveydenhuollon palvelujen käyttö.....	115
8.2.4 Koettu avuntarve.....	118
8.3 Jatkotutkimusaiheita.....	120

## LÄHTEET

## LIITTEET

## 1 JOHDANTO

Suomalaisten nuorten psyykkinen pahoinvointi ja erityisesti masennusoireilu on ollut viime aikoina usein yhteiskunnallisen keskustelun kohteena. Julkisessa keskustelussa on haettu välineitä hahmottaa ongelman laajuutta ja moninaisuutta sekä keinoja auttaa nuoria näissä ongelmissa. Nuorten terveyden edistäminen on keskeinen haaste suomalaiselle yhteiskunnalle.

Tavallisesti, kuten myös tässä tutkielmassa, masentuneisuuden ja masennusoireilun käsitteillä viitataan itsearvioituun mielentilaan. Masennuksella sen sijaan tarkoitetaan kliinisesti diagnosoitua sairautta. (Kaltiala-Heino ym. 2001.) Masennusoireilun (masentuneisuuden) ja masennuksen vaikutukset nuoren elämään ovat hyvin laaja-alaisia. Tyypillisiä masennusoireita ovat esimerkiksi mielialan lasku, kyvyttömyys tuntea mielenkiintoa ja mielihyvää sekä aloitekyvyn heikkeneminen. Masennus ja masentuneisuus vaarantavat nuoruusiän normaalin kehityksen etenemisen ja aikuisuuteen siirtymisen monin tavoin. (Räsänen 2004, Karlsson ym. 2005.) Masennusoireilu on suomalaisilla nuorilla huomattavan yleistä: vuosien 2007 ja 2008 kouluterveyskyselyistä selviää, että suomalaisten lukioiden 1. ja 2. vuosikurssin opiskelijoista jopa joka kymmenes kärsii keskivaikeasta tai vaikeasta masentuneisuudesta. (Stakes 2007, 2008.) Aalto-Setälän (2002) tutkimuksen mukaan myös masennusdiagnoosin saaneita nuoria on Suomessa paljon. Kliininen masennus onkin nuorilla yleisin mielenterveyden häiriö. Asian vakavuus näyttäytyy myös siinä, että nuoruudessa masennusoireilusta kärsineillä ja masennusta sairastaneilla on todettu olevan suurentunut riski sairastua masennukseen myös varhaisaikuisuudessa (Lewinsohnin ym. 1999, Aalto-Setälän 2002).

Hankinin ym. (1998) tutkimuksen mukaan murrosiän käynnistymisen jälkeen riski sairastua masennukseen kasvaa voimakkaasti ja tyttöjen riski on kaksinkertainen poikiin nähden. Eniten uusia masennusjaksoja ilmaantuu 15–18-vuotiaiden ikäryhmässä eli lukioikäisenä. Suomalaisten koululaisten masentuneisuuden ja masennuksen esiintyvyyttä on tutkittu aikaisemmin erityisesti peruskoulun oppilaiden keskuudessa. Lukiolaisten masennusoireilua on sen sijaan tutkittu vähemmän. Lukiolaiset muodostavat valikoituneen joukon oman ikäluokkansa edustajista, joten heitä voidaan pitää homogeenisempänä ryhmänä kuin koko ikäluokkaa. Koululaisten ja nuorten masentuneisuuden ja masennuksen esiintyvyyden

vaihtelua on tutkittu esimerkiksi iän ja sukupuolen mukaan, mutta kieliryhmien välisiä ja alueellisia eroja on tutkittu vähän.

Suomessa sosioekonomiset ja alueelliset terveyserot ovat suuria aikuisten keskuudessa (Martelin ym. 2005). Terveyserot näkyvät myös koululaisten hyvinvoinnissa erityisesti kuntien ja muiden pienalueiden välillä. Tutkimukset osoittavat, että terveyseroja on myös suomenkielisen ja ruotsinkielisen väestöryhmän välillä. Koululaisten hyvinvointia tarkasteltaessa on havaittu, että sekä koettu terveys (Suominen ym. 2000, Välimaa 2000b) että objektiivisilla terveysmittareilla mitattu terveys (Saarela ja Finnäs 2003) ovat parempia ruotsinkielisillä. Erot tulevat esiin myös koululaisten mielenterveydessä. Suomenkielisen ja ruotsinkielisen kieliryhmän terveyseroja aikuisväestössä on selitetty erityisesti sosiaalisen pääoman käsitteen kautta (Hyypä & Mäki 2001a b, Hyypä 2002). Ruotsinkieliselle kieliryhmälle ominaista yhteisöllisyyttä ja sosiaalista vuorovaikutusta on pidetty hyvän terveyden perustana.

Kysymys siitä, tarjoaako suomalainen terveydenhuoltojärjestelmä masentuneille nuorille riittävästi tukea ja hoitoa, on tärkeä. Tutkimusten mukaan nuorten masennus on vahvasti alihoidettua (Lukkari ym. 1998, Aalto-Setälä 2002, Haarasilta 2003). Opiskeluterveydenhuolto on niin sanottu matalan kynnyksen terveydenhuoltopalvelu, jolla on keskeinen merkitys nuorten masennuksen ennaltaehkäisemisessä, varhaisessa tunnistamisessa ja hoidossa. Opiskeluterveydenhuollon palveluissa on kuitenkin havaittu olevan alueellista eriarvoisuutta (Rimpelä ym. 2009).

Tässä tutkimuksessa tarkastellaan kieliryhmittäin ja alueellisesti lukiolaisten masennusoireilun yleisyyttä, koettua avuntarvetta, opiskeluterveydenhuollon palvelujen käyttöä ja tyytyväisyyttä näihin palveluihin Uudellamaalla ja Pohjanmaalla sekä selvitetään, onko lukiolaisten masentuneisuuden yleisyydessä ja tyytyväisyydessä opiskeluterveydenhuollon palveluihin ruotsinkielisen ja suomenkielisen kieliryhmän välistä ja alueellista vaihtelua. Lisäksi tutkimuksessa selvitetään, onko masentuneisuudella sekä sen vuoksi koetulla avuntarpeella ja opiskeluterveydenhuollon palveluiden käytöllä yhteyttä. Tutkimusaineistona käytetään Kouluterveyskyselyjä vuosilta 2007 ja 2008.

## 2 NUORUUSIKÄ

Nuoruus merkitsee siirtymävaihetta lapsuudesta aikuisuuteen. Nuoruusikä ajoittuu keskimäärin 11. ja 23. ikävuoden välille. (Rantanen 2004, 46.) Nurmen (1995, 257) mukaan nuoruuden alku, joka liittyy puberteetin alkamiseen, on selkeämmin määriteltävissä kuin nuoruuden päättyminen, johon liittyy suurta yksilöllistä vaihtelua.

Nuoruusikä on vaihe, jonka päämääränä on irrottautuminen lapsuudesta ja oman persoonallisen aikuisuuden löytäminen. Nuoruuden kasvuprosessissa yhdistyvät ruumiin, mielen ja koko yksilön elämänpiirin muutokset, joissa keholliset, hormonaaliset, psykologiset ja sosiaaliset tapahtumat muodostavat erottamattoman kokonaisuuden. (Rantanen 2004, 46.) Nurmi (1995) ja Nurmi ym. (2006, 124) tuovat esiin ajatuksen siitä, että nuori ei ole ainoastaan fyysisen kasvun, ajattelun kehittymisen sekä toisten ihmisten odotuksiin ja yhteiskunnan rakenteisiin liittyvien tekijöiden armoilla, vaan nuori pystyy myös itse omilla valinnoillaan ohjaamaan kehitystään. Nuori antaa suuntaa elämälleen esimerkiksi toveripiiriin, läheisiin ihmissuhteisiin, harrastuksiin ja koulutyöhön liittyvillä valinnoillaan. Päättyessään tiettyihin ratkaisuihin nuori muodostaa kuvaa itsestään (Nurmi 1995, 263–264.) Nuoren kehitystä tarkasteltaessa on siis huomioitava biologisten, psykologisten ja sosiaalisten tekijöiden jatkuva vuorovaikutus, joten kehityksen ymmärtäminen vaatii monitieteellistä näkökulmaa (Nurmi ym. 2006, 28). Steinbergin ja Morrisin (2001) mukaan nuoruuden kehitystä on perinteisesti tarkasteltu ongelmakäyttäytymisen, puberteetin, ystävyys-suhteiden, nuoren ja vanhempien välisen suhteen ja persoonallisuuden kehittymisen näkökulmista. Yhteenvetona voidaan todeta, että viime aikoina tutkimuksissa on painotettu nuorten kehityksen kontekstisidonnaisuutta sekä perimän ja ympäristön yhteisvaikutusta nuoren kehitykseen.

Nuoruus ei ole irrallinen ikävaihe, vaan osa ihmisen jatkuvaa elämänkaarta. Lapsuuden tapahtumilla ja kokemuksilla sekä psyykkisellä kehityksellä on voimakas merkitys nuoruusiän kannalta. Varhaislapsuuden ja latenssi-iän suotuisa, lapsen minää vahvistava kehitys mahdollistaa yksilön selviytymisen nuoruusiän tuomista uusista haasteista. Elämänkaari jatkuu nuoruudesta aikuisuuteen. Nuoruusiän päättyessä aikuisen persoonallisuuden tulisi olla muotoutunut. (Rantanen 2004, 46, Marttunen & Kaltiala-Heino 2007, 591.)



## 2.1 Nuoruusiän kehityksestä

Nuoruusiän kehitystä tarkastellaan perinteisesti fyysisen, psyykkisen ja sosiaalisen muutoksen näkökulmista. Luonnollisesti näillä kaikilla osa-alueilla on vahva yhteys toisiinsa. Tässä nuorten masentuneisuutta käsittelevässä tutkielmassa keskitytään erityisesti psyykkisen ja sosiaalisen osa-alueen tarkasteluun. Perusteena sille, että nuoruuden fyysisen kehityksen tarkempi erittely jätetään tässä tutkielmassa tarkastelun ulkopuolelle, on erityisesti tarkasteltavana olevien tutkimushenkilöiden ikävaihe. Fyysisessä kehityksessä tapahtuvat suurimmat kehon muutokset ajoittuvat puberteettiin. Tämän tutkielman lukioikäisillä tutkimushenkilöillä puberteettivaihe on jo ohi ja kehon fyysiset muutokset ovat jo tapahtuneet. Lukioiässä haasteena on ennen kaikkea sopeutuminen uuteen aikuisen ruumiinkuvaan.

Laineen (2002, 107) mukaan nuoruusiän psyykkiseen kehitykseen kuuluu kolme osa-aluetta: biologisen kypsymisen aikaansaama seksuaalinen kehitys, vanhemmista irtautuminen ja itsenäistyminen sekä identiteetin kehitys, johon liittyvät nuoren persoonalliset pyrkimykset, moraaliset arvot ja kyky liittyä ympäröivään yhteiskuntaan. Nuoren psyykkiseen kehitykseen liittyy läheisesti sosiaalinen kehitys. Nuoruusiässä tapahtuu yksilön sosialisatio ympäröivään yhteiskuntaan ja kulttuuriin: nuori omaksuu yhteiskunnan keskeiset roolit, instituutiot ja koko elämäntavan. (Nurmi 1995, 257.) Perustan nuoren sosiaaliseen kehitykseen liittyville tekijöille luo psyykinen kehitys. Ongelmat psyykkisessä kehityksessä näkyvät nopeasti nuoren sosiaalisessa toimintakyvyssä.

### **Nuoruuden vaiheet**

Nuoruusikä jaotellaan tavallisesti kolmeen vaiheeseen. Varhaisnuoruus eletään 11/12 -14-vuotiaana, varsinainen nuoruus eli keskinuoruus 15–17 /18 -vuotiaana ja myöhäisnuoruus eli jälkinuoruus 18/ 19 -22 /23 -vuotiaana. (Laine 2002, 107–109, Rantanen 2004, 46–47, Aalberg & Siimes 2007, 68–71.) Tässä tutkielmassa tutkimushenkilöt ovat lukioiden 1. ja 2. vuosikurssien oppilaita. Enemmistö heistä on iältään 16–18-vuotiaita, joten he elävät pääosin keskinuoruuden vaihetta. Osalla nuorista myös myöhäisnuoruuden alku voi olla jo ajankohtainen vaihe.

**Varhaisnuoruuden** kehitys luo pohjan seuraaville nuoruuden vaiheille. Varhaisnuoruus alkaa puberteetin myötä. Hormonitoiminnan aktivoituminen saa aikaan ruumiissa tapahtuvia fyysisiä muutoksia, jotka voivat aiheuttaa nuorelle levottomuutta ja hämmennystä. Itsenäistymisen ja vanhemmista irrottautumisen pyrkimykset alkavat jo varhaisnuoruudessa, mutta toisaalta nuori haluaa palata riippuvuuteen, mikä aiheuttaa ristiriidan. (Rantanen 2004, 46–47, Aalberg & Siimes 2007, 68–69.) Jos nuori saa toisilta nuorilta ja perheen ulkopuolisilta aikuisilta tarvitsemaansa tukea, hän kykenee nauttimaan fyysisestä ja psyykkisestä kehityksestään. Näin mahdollistuu suotuista siirtyminen **keskinuoruuteen**, jolloin nuori alkaa vähitellen sopeutua muuttuneeseen ruumiinkuvaansa. Tässä nuoruuden vaiheessa keskeistä on nuoren seksuaalisuuden kehitys. Oman kehon ja seksuaalisuuden haltuun ottaminen ja kokeminen myönteisenä ja tyydytystä antavana on tärkeää. Nuoren on työstettävä lapsuuden seksuaaliset käsitykset ennen kuin hän kykenee ottamaan naisen tai miehen aseman. Ikätovereilla on keskeinen merkitys seksuaalisuuden rakentumisessa. (Aalberg & Siimes 2007, 69–70.)

**Keskinuoruudessa** nuoren ja vanhempien välillä olevan tunnesuhteen luonne muuttuu ja ero vanhemmista tapahtuu surutyön kautta. Tavallisia ovat tällöin yksinäisyyden kokemukset. Irtautuminen vanhemmista voi ilmetä itseensä käpertymisinä, jolloin nuori voi vaikuttaa hyvin itsekeskeiseltä. Voimakas mielialojen vaihtelu on myös tavallista. Nuori on altis sekä ylemmydentunteille että voimakkaille syyllisyyden-, häpeän- ja alemmuudentunteille. Lapsuuden päättymisen aiheuttaa nuorelle surua, mutta nuori ei usein ole tietoinen surunsa syystä. (Laine 2002, 108, Rantanen 2004, 47.) Keskinuoruuden vaiheessa nuoren minä on herkkä ja nuori on erityisen altis kaikenlaisille erokokemuksille. Nuoren ihmissuhteissa tulisi tällöin olla jatkuvuutta. Nuorten keskinäinen yhdessäolo vahvistaa nuoren oman identiteetin tunnetta, joten ystävyysuhteet saavatkin entistä merkittävemmän osan nuoren elämässä. Erityisen raskasta keskinuoruuden vaiheessa elävälle nuorelle on se, jos nuoren ikätoveri- ja ystävyysuhteet katkeavat ja hän jää vaille ikätovereilta saatavaa kasvun tukea. (Rantanen 2004, 47.) Keskinuoruudessa nuori käy läpi monia sellaisia elämäntapahtumia, jotka voivat olla psyykkisesti erityisen haavoittavia, jos nuori ei saa tarpeeksi sosiaalista tukea. Keskinuoruus onkin masennuksen puhkeamiselle erityisen altista aikaa. Uusia masennusjaksoja ilmenee paljon tässä nuoruuden vaiheessa. (Hankin ym. 1998.)

**Jälkinuoruudessa** nuoren kokonaispersoonallisuus eheytyy ja lujittuu. Jos aikaisemmissa nuoruudenvaiheissa nuori on pystynyt käymään nuoruusiän tapahtumat läpi terveellä tavalla,

nuori on valmis itsenäistymään ja irrottautumaan lapsuudenkodista. Nuoren maailmankatsomus alkaa muotoutua ja hän voi löytää suunnan omalle elämälleen. Nuoresta tulee yhteiskunnan jäsen ja hän alkaa omalta osaltaan kantaa vastuuta. (Rantanen 2004, 47, Aalberg & Siimes 2007, 70–71.)

Nuoruuden vaiheiden kuvauksista ilmenee, että kuhunkin vaiheeseen liittyy tiettyjä keskeisiä haasteita ja tehtäviä, joista selviäminen mahdollistaa nuorelle siirtymisen seuraavaan nuoruuden vaiheeseen. Monet kehityspsykologit tarkastelevatkin nuoruusiän kehitystä juuri näiden nuoruudenvaiheille ominaisten kehitystehtävien kautta.

### **Nuoruusiän kehitystehtävät ja oman elämän ohjaaminen**

Kehitystehtävän käsitteen on luonut amerikkalainen kehityspsykologi Robert J. Havighurst. Hänen teoriansa pohjautuu ajatukseen siitä, että ympäristö ja yhteiskunta asettavat yksilölle sosiaalisia odotuksia ja velvollisuuksia, jotka muuttuvat eri elämänvaiheissa. Sopeutuminen näihin normatiivisiin odotuksiin mahdollistaa kehitystehtävän ratkaisemisen ja sitä kautta nuoren suotuisan kehittymisen ja siirtymisen aikuisuuteen. Havighurstin teorian mukaan nuoruuden kehitystehtävänä on saavuttaa kypsempi suhde molempiin sukupuoliin, omaksua tietty sukupuoli-identiteetti, hyväksyä fyysinen ulkonäkö, saavuttaa tunne-elämässä itsenäisyys vanhempiin ja muihin aikuisiin nähden, valmistautua avioliittoon ja perhe-elämään, hankkia koulutus ja ottaa vastuu taloudellisista seikoista, kehittää maailmankatsomus, arvomaailma ja moraali sekä pyrkiä sosiaalisesti vastuulliseen käyttäytymiseen. (Havighurst 1972, 43–82, Kuusinen 1995, 311–314, Nurmi 1995, 259, Dunderfelt 1998, 95–95, Nurmi ym. 2006, 131.) Kehitystehtävissä tulee siis esiin psyykkisten ja sosiaalisten tekijöiden vuorovaikutus. Luonnollisesti myös fyysinen kehitys liittyy osaltaan tähän kokonaisuuteen.

Myös Erikson (1968) puhuu psykososiaalisessa kehitysteoriassaan kehitystehtävistä ja määrittelee nuoruuden kehitystehtäväksi identiteetin kehittymisen. Nuoruudessa yksilö liikkuu identiteetin ja roolihajaannuksen välillä. Nuori etsii omaa itseään kokeilemalla erilaisia rooleja, joita hän omaksuu vanhempiensa ja ympäristön tarjoamista malleista. Nuoruuteen kuuluu keskeisenä osana erilaisten ideologioiden rakentaminen ja niiden kokeileminen. Nuoruudessa koettu roolihajaannus ja epävarmuus ovat identiteetin

kehitykselle välttämättömiä. Samoin kuin Havighurst myös Erikson painottaa yksilön ja yhteiskunnan välistä vuorovaikutusta. (Erikson 1968, Dunderfelt 1998, 241–253.)

Aalbergin ja Siimeksen (2007, 68) määrittelemät kolme nuoruusiän kehityksellistä tehtävää pohjautuvat hyvin samanlaisiin tekijöihin kuin Eriksonin ja Havighurstin teoriat. Aalbergin ja Siimeksen (2007) mukaan nuoruusiän kehityksellisiä tehtäviä ovat irrottautuminen vanhemmista ja vanhempien löytäminen uudella aikuisella tasolla, puberteetin johdosta muuttuvan ruumiinkuvan, seksuaalisuuden ja seksuaalisen identiteetin jäsenyminen sekä ikätoverien apuun turvautuminen nuoruusiän kasvun ja kehityksen aikana. Näiden kehityksellisten tehtävien ratkaiseminen mahdollistaa nuoruuden keskeisen päämäärän eli itse hankitun autonomian saavuttamisen.

Myös Nurmi (1993, 1995, 263–264, 1997, 397–398) tarkastelee nuoruusiän kehitystä kehitystehtävien kautta, mutta hän painottaa nuoren mahdollisuutta vaikuttaa itse kehitykseensä: nuori ohjaa itse elämäänsä tekemällä erilaisia valintoja ja toimimalla niiden mukaisesti. Kehitysympäristöllä ja sen muodostamilla kehitystehtävillä sekä kulttuurisella kontekstilla on voimakas vaikutus nuoren valintoihin ja kehitykseen. Kehitystehtävien ratkaisuun liittyy monia kulttuurisia standardeja ja aikatauluja ja kehitystehtävän onnistunut ratkaiseminen määrittyy sosiaalisten ja kulttuuristen normien kautta. Sosiaalisten ja yhteiskunnallisten tekijöiden lisäksi nuoren valintoihin ja kehitykseen vaikuttavat myös psyykkiset tekijät, esimerkiksi nuoren aiempi menestys tietyillä elämänalueilla ja temperamentin piirteet. Tehdessään erilaisia valintoja ja päätyessään tiettyihin ratkaisuihin nuori muodostaa kuvaa itsestään sen mukaan, miten hän pystyy ohjaamaan elämäänsä ja millaisiin valintoihin hän päätyy. Nuorella on tietyssä elämäntilanteessa erilaisia motiiveja, jotka perustuvat hänen aiempaan elämänhistoriaansa. Nuori muodostaa yksilöllisistä motiiveistaan tavoitteita vertaamalla niitä ympäristön tarjoamiin mahdollisuuksiin, joita kehitystehtävät muodostavat. Kun nuori on päätenyt tiettyihin ratkaisuihin, hän arvioi, miten hänen saavutuksensa vastaavat alkuperäisiä tavoitteita. Tämä arviointi vaikuttaa siihen, millaiseksi nuoren minäkuva ja itsetunto kehittyvät. Onnistuminen tavoitteiden saavuttamisessa muodostaa pohjan myönteiselle minäkuvalle ja hyvälle itsetunnolle, kun taas epäonnistumiset voivat johtaa kielteisen minäkuvan kehittymiseen. (Nurmi 1993, 1995, 263–266, Nurmi 1997.)

Yhteisenä piirteenä edellä kuvatussa eri tutkijoiden kehitystehtäväajattelussa tulee esiin kehitysympäristön ja yhteiskunnan sekä nuoren välinen vuorovaikutus. Tämä vuorovaikutus muodostaa perustan nuoren identiteetin kehittymiselle, joka mahdollistaa siirtymisen kohti itsenäisempää ja vastuullisempaa aikuisuuden elämäntaihetta.

## **2.2 Nuoruuden kehitykseen liittyviä ongelmia**

Nuoren kehitystä tarkasteltaessa on huomioitava yksilöllinen vaihtelu. Samassa iässä olevien nuorten normaalissa kehityksessä voi olla eroavaisuutta. Merkkejä nuoren kehityksellisistä vaikeuksista ovat esimerkiksi kovasti kuohuva kehitys, yritys hypätä suoraan aikuisuuteen tai kehityksen jarruttaminen. Nuoren hyvinvoinnin kannalta on keskeistä huomata, milloin kehitys on häiriintynyt niin pahasti, että nuori tarvitsee ongelmiinsa erityistä apua ja tukea. (Rantanen 2004, 47–48). Nuoren oma kokemus avun tarpeesta on yleensä selvä osoitus kehityshäiriöstä. (Marttunen & Kaltiala-Heino 2007, 595.)

Nuoren häiriintyneelle kehitykselle on ominaista käyttäytymisen voimakas poikkeaminen kehitysvaiheelle ominaisista piirteistä. Esimerkki häiriintyneestä kehityksestä on kehityksen pysähtyminen, johon liittyy psyykinen tasapainottomuus. Nuori kokee vaikeita ristiriitoja lähiympäristön kanssa. Tällainen tilanne aiheuttaa nuorelle monia haittoja: opiskelu lamaantuu ja koulumenestys heikkenee, nuori vetäytyy toverisuhteista ja menettää mielenkiinnon ikätovereita kiinnostaviin asioihin. Nuoruuden kehityksen ongelmat liittyvät usein mielenterveyden häiriöihin. Mielenterveyshäiriöiden tunnistamista vaikeuttavat kuitenkin erityisesti nuoren nopea kehitys ja huomattavat erot yksilöiden välillä ja sukupuolten välillä. (Rantanen 2004, 47–48, Marttunen & Kaltiala-Heino 2007, 595.) Masennus on esimerkki mielenterveydenhäiriöstä, joka ilmenee nuoruuden kehityksen ongelmina ja käyttäytymisen sekä toimintakyvyn muutoksina. Sen vaikutukset nuoren elämään ovat usein hyvin laaja-alaisia. (Räsänen 2004, Karlsson ym. 2005.)

### 3 MASENNUSOIREILU OSANA ITSEARVIOITUA TERVEYTTÄ

Eri tutkimuksissa masennus- ja masentuneisuuskäsitteitä käytetään eri tavoin ja eri merkityksissä, joten täysin vakiintunutta erottelua näiden käsitteiden välillä ei voida löytää aikaisempaa kirjallisuutta tarkasteltaessa. Masennuksella tarkoitetaan kuitenkin tavallisesti kliinisesti diagnosoitua sairautta. Masentuneisuuden käsitteellä viitataan usein sen sijaan itsearvioituun mielentilaan. (Kaltiala-Heino ym. 2001.) Masennuksen ja masentuneisuuden tutkimuksessa käytetään erilaisia menetelmiä, kyselyjä, psykologisia testejä tai eritasoisesti strukturoituja haastatteluja tai sitten masennus määritellään kliinisen käytännön ja tautiluokitusten perusteella. Tässä tutkielmassa nuorten masentuneisuutta mitataan Beckin lyhyen depressiokyselyn suomalaisen version avulla. Tämä masentuneisuuden itsearvioinnin asteikko mittaa vastaajan omaa käsitystä hänen masennusoireista, mutta se ei ole diagnostinen mittari. (Raitasalo 2007.) Lukkarin ym. (1998) mukaan kuitenkin ainakin keskivaikeaa ja vaikea-asteista masentuneisuutta ilmoittaneet nuoret kärsivät erittäin todennäköisesti kliinisestä masennuksesta ja ovat tällöin mielialansa takia hoidon tarpeessa, joten tässä tutkielmassa tarkastellaan masennusta myös kliinisenä tilana.

#### 3.1 Masennuksen määrittelyä

Masennus-käsitettä käytetään monessa eri merkityksessä. Sanalla masennus voidaan tarkoittaa 1) masentunutta tunnetilaa. Hetkellinen masennuksen tunne on normaali tunne-elämään kuuluva reaktio menetyksen tai pettymyksen kokemuksiin. Kun masentunut tunnevire muuttuu pysyvämmäksi, puhutaan 2) masentuneesta mielialasta. Tällöin on kysymys pitkäaikaisesta tunnevireestä, joka voi kestää yhtäjaksoisesti päiviä, viikkoja, kuukausia tai jopa vuosia. Jos masentuneen mielialan ohella esiintyy myös muita siihen liittyviä oireita, kyseessä on 3) masennusoireyhtymä. Masennustilat eli depressiot ovat siis oireyhtymiä, joille on ominaista erityisen voimakas ja pitkäkestoinen surullinen mieliala, joka haittaa jokapäiväistä elämää. Toisin kuin masentunut tunnetila tai masentunut mieliala, masennustilat ovat mielenterveyden häiriöitä. (Isometsä 2007, 157–160.)

WHO:n ICD-10-tautiluokituksessa depressiot jaotellaan yksittäisiksi masennustiloiksi (F32) ja toistuvaksi masennukseksi (F33). Yhdysvaltain psykiatriyhdistyksen (APA) DSM-IV-luokituksessa depressioista käytetään nimitystä vakava masennustila (major depressive

disorder, MDD), joka jaotellaan yksittäiseen jaksoon ja uusiutuvaan depression. (Isometsä 2007, 159-160, WHO 2007.)

ICD-10-luokituksen mukaan masennustiloille tyypillisiä oireita ovat

- 1) masentunut mieliala, joka vallitsee suurimman osan päivästä ja lähes joka päivä.
- 2) mielihyvän menetys, potilas on menettänyt kykynsä saada tyydytystä tai kokea mielihyvää asioista, jotka ovat sitä hänelle aikaisemmin tuottaneet
- 3) uupumus, potilas kokee olevansa jatkuvasti väsynyt. Väsymys voimistuu pienenkin ponnistelun jälkeen.
- 4) itseluottamuksen tai itsearvostuksen menetys, potilaan luottamus omaan kykyynsä selviytyä elämässään on alentunut
- 5) kohtuuton itsekritiikki tai perusteeton syyllisyydentunne
- 6) toistuvat kuolemaan tai itsetuhoon liittyvät ajatukset tai itsetuhoisen käytös
- 7) päättämättömyyden tai keskittymiskyvyttömyyden tunne
- 8) psykomotorinen hidastuminen tai kiihtyminen, hidastuminen näkyy psykomotoristen toimintojen silmännähtävänä jähmeytenä, kiihtyminen näkyy tuskaisuuden tunteeseen liittyvänä levottomuutena
- 9) unihäiriö
- 10) ruokahalun ja painon muutos

Masennustilan (F32 tai F33) diagnoosi edellyttää neljän edellä esitetyn oireen samanaikaista esiintymistä ainakin kahden viikon ajan. Lisäksi potilaalla on oltava ainakin kaksi oireista 1-3. (WHO 2007.) DSM-IV-luokituksen vakavan masennuksen diagnoosi ei eroa suuresti ICD-10-masennusdiagnoosista. Erona on esimerkiksi se, että neljän yhtäaikaisen oireen (ICD-10) asemasta DSM-IV-diagnoosi vaatii viisi yhtäaikaista oiretta. (Isometsä 2007, 159–160.)

Masennustilat jaetaan oireiden vaikeusasteen ja laadun perusteella lieviin, keskivaikeisiin, vaikeisiin ja psykoottisiin masennustiloihin. **Lievässä masennuksessa** oireet tuntuvat potilaasta tavallisesti häiritseviltä ja vaikuttavat jossain määrin toimintakykyyn ja ihmissuhteisiin. **Keskivaikeasta masennuksesta** kärsivän henkilön toimintakyky on selvästi heikentynyt, oireet haittaavat huomattavasti esimerkiksi työntekoa ja sosiaalisia suhteita. Potilas tarvitsee sairauslomaa. **Vaikeaa masennusta** sairastava on selvästi työkyvytön ja tarvitsee jatkuvaa seurantaa ja huolenpitoa usein sairaalassa. (Räsänen 2004, 218-219, Isometsä 2007, 157-160.)

### 3.1.1 Masennuksen ilmeneminen nuorilla

Nuorten masennuksen keskeisimmät oireet ovat monilta osin samanlaisia kuin aikuisilla, joten nuorten masennusta voidaan tarkastella masennuksen yleisten kriteerien (DSM-IV, ICD-10) kautta (Roberts ym. 1995). Kuitenkin nuoruusiän masennusoireilulla on myös joitain ikäkaudelle tyypillisiä ominaispiirteitä. DSM-IV-tautiluokituksessa on huomioitu, että nuorilla keskeinen masennusoire voi masentuneen mielialan sijasta olla ärtyneisyys (Isometsä 2007).

Marttusen ja Kaltiala-Heinon (2007, 601–602) mukaan voimakkaita mielialavaihteluja ja pitkään kestänyttä ikävystyneisyyttä pidetään nuorille tunnusomaisena masennusoireena samoin kuin levottomuutta ja keskittymisvaikeuksia. Nuorten depression voi liittyä myös epäsosiaalisia oireita, esimerkiksi aggressiivisuutta. Usein myös nuoren alkoholin ja huumeiden käyttö ilmentää masennusta (Marttunen 1996, 2706). Erityisesti masentuneilla tytöillä esiintyy irrallisia seksisuhteita ja masentuneille pojilla pikkurikollisuus ja tuhoaminen on tyypillistä. (Karlsson & Marttunen 2007.) Itsetuhoiset ajatukset ovat tavallisia masentuneilla nuorilla (Mitchell ym.1988, Field ym. 2001). Itsemurha-ajatukset ja –yritykset ovat vaikeasti masentuneilla nuorilla jopa yleisempiä kuin vaikeasti masentuneilla aikuisilla. Mitä vakavampaa masennus on, sitä todennäköisemmin nuorella esiintyy itsemurha-ajatuksia (Mitchell ym.1988.) Nuoren kehityksen kuluessa masennuksen oirekuvat muuttuvat. Mitä pitemmälle nuoruusikää yksilö kehittyy, sitä enemmän masennuksen oirekuva muistuttaa aikuisten masennusta. (Marttunen 1996, 2703.)

Komorbiditeetti, monihäiriöisyys eli kahden tai useamman itsenäisen sairauden samanaikainen esiintyminen, on nuorten masennuksessa yleistä. Tavallisimpia nuorten masennustilojen kanssa samanaikaisesti esiintyviä mielenterveydenhäiriöitä ovat ahdistuneisuus-, käytös- ja tarkkaavaisuushäiriöt sekä alkoholin ja muiden päihteiden käyttö. (Rohde ym. 1991; Birmaher ym. 1996, Torikka ym. 2001, Karlsson ym. 2006.) Tavallisesti muut häiriöt edeltävät depression kehittymistä (Biederman ym. 1995, Kessler ym. 2001), ainoastaan päihteiden käyttöön liittyvät ongelmat kehittyvät usein depression puhkeamisen jälkeen (Rohde ym. 1991). Karlssonin ym. (2006) tutkimuksen mukaan komorbiditeettiin liittyy puhdasta masennusta vakavampaa toimintakyvyn heikkenemistä. Se lisää usein myös masennuksen uusiutumisen ja itsetuhoisuuden vaaraa ja pidentää masennusjakson kestoa (Karlsson, L. & Marttunen, M. 2007, 7, Marttunen & Kaltiala-Heino 2007, 602).



Sellaiset masennusoireet, jotka eivät täytä masennustilan diagnostisia kriteereitä, ovat nuorilla tavallisia. Suurimmalla osalla masentunutta mielialaa kokevista nuorista lievemmat masennusoireet ovat suhteellisen pysyviä. Myös lieviä masennusoireita kokevilla nuorilla esiintyy tavallista enemmän ahdistuneisuutta ja itsetuhoisuutta ja heidän somaattinen terveydentilansa on usein heikentynyt. (Karlsson & Marttunen 2007, 7.) Amerikkalaisen tutkimuksen mukaan lievistä masennusoireilusta kärsivien 11–17-vuotiaiden nuorten toimintakyky oli laskenut jopa enemmän kuin masennusdiagnoosin saaneiden. Lisäksi he kärsivät muista samanaikaisista mielenterveyden häiriöistä yhtä usein kuin masennusdiagnoosin saaneet. (González-Tejera ym. 2005.) Nuorten lievemmat masennusoireet, jotka eivät täytä masennuksen diagnostisia kriteereitä, voivat ennustaa esimerkiksi myöhemmin kehittyvää vakavaa masennustilaa, ahdistuneisuushäiriötä tai päihteiden väärinkäyttöä (Aalto-Setälä 2002).

Masennuksen vaikutus nuoren elämään on hyvin kokonaisvaltainen. Masentuneen nuoren käyttäytyminen ja toimintakyky muuttuvat aiempaan verrattuna. Esimerkiksi koulunkäynti vaikeutuu ja ongelmia on erityisesti lähi-ihmissuhteissa. (Puig-Antich ym. 1993, Kaltiala-Heino ym. 1998, Field ym. 2001.) Masentunut nuori eristyy usein ikätovereistaan ja perheestään (Field ym. 2001, Karlsson & Marttunen 2007). Masennukseen kuuluvat toivottomuuden ja avuttomuuden tunteet voivat heikentää nuoren itsetuntoa (Räsänen 2004, 221). Näin siis masennus vaarantaa nuoruusiän kehityksen etenemisen monin eri tavoin. Nurmi (1997, 399–400) tarkastelee nuorten psyykkistä terveyttä ja masennusta elämän ohjaamisen ja elämän hallinnan tunteen avulla: jos nuoren henkilökohtaiset tavoitteet eivät vastaa ikäkauden kehitystehtäviä ja ympäristön odotuksia, seurauksena voi olla masennusta. Lisäksi masennusta, voi aiheuttaa myös se, jos nuori kokee tavoitteensa liian kuormittavina ja ahdistavina tai hän ei hallitse asianmukaisia toimintatapoja ja ongelmanratkaisutaitoja tavoitteen saavuttamiseksi. Elämänhallinnan kokemuksen ja hyvinvoinnin välille voi muodostua negatiivinen kehä (Nurmi 1997, 399–400, 404–405, 410–411). Masennus voi saada aikaan tällaisen kehäilmiön: masennus aiheuttaa nuorelle heikentynyttä kykyä hallita omaa elämäänsä ja saavuttaa tavoitteitaan, mistä saattaa aiheutua entistä enemmän masennusta.

Joskus nuoruusiän masennus on vaikeaa erottaa nuoruusiän kriiseistä, minkä vuoksi masennus nuoruudessa on usein alidiagnosoitu. Ohimenevää alakuloisuutta ja masennuksen tunnetta voi esiintyä normaalistikin erityisesti pettymysten ja menetysten yhteydessä. Normaali

alakuloisuuden tunne ei kuitenkaan vaikuta nuoren toimintakykyyn, ei kestä yhtäjaksoisesti pitkiä aikoja, eikä siihen liity muita masennusoireyhtymän oireita tai nuoruusiän kehityksen pysähtymistä. Esimerkki nuoruuteen liittyvästä normaalista menetyksen kokemuksesta on lapsuuden päättymisen. Nuoren vähittäistä irtautumista lapsuuden tunnesiteistä voidaan tarkastella surutyön kautta. Sen aikana nuori voi olla surumielinen ja kokea ajoittain masennuksen tunteita. Nuorten masennuksen yhteydessä onkin tärkeää erottaa, milloin alakuloisuus johtuu tällaisesta nuoruuden kehitykseen kuuluvasta surutyöstä ja milloin se on osoitus mielenterveyden häiriöstä. Normaalisti surulla on kohde, johon liittyviä muistoja ja tunteita surevan ihmisen mieli käsittelee aktiivisesti. Masennusoireet ovat sen sijaan luonteeltaan kohteettomampia ja lukkiutuneempia. (Marttunen 1996.)

### 3.1.2 Nuoruuden masennuksen taustalla olevia tekijöitä

Masennus on mielenterveyden häiriö, jonka taustalta voidaan löytää monia eri tekijöitä. Yksi tärkeimmistä nuoren masennuksen riskitekijöistä on **vanhemman vakava masennus** (Beardslee, ym. 1998, Field ym. 2001). Jos vanhempi sairastaa vakavaa masennusta, lapsella on 40 % riski sairastua vakavaan masennukseen 20. ikävuoteen mennessä (Beardslee, ym. 1998). Kyseessä kuitenkin ei ole yksiselitteisesti yhden geenin kautta periytyvä sairaus (Karlsson & Marttunen 2007). Syy-yhteydet vanhemman ja lapsen masennuksen välillä ovat monimutkaisia. Todennäköisimmin yhteys johtuu perimän ja ympäristön yhteisvaikutuksesta. Vanhempien mielenterveyshäiriöt voivat heijastua perheessä esimerkiksi erilaisina konflikteina, kommunikaatio-ongelmina ja kykenemättömyytenä täysipainoiseen vanhemmuuteen. Tällaisessa tilanteessa ongelmat perheympäristössä ovat lapselle stressitekijöitä, jotka voivat aiheuttaa masennusta lapsuudessa ja nuoruudessa. Masennukseen sairastuminen on erilaisten stressitekijöiden ja yksilöllisen stressinsietoherkkyiden yhteisvaikutuksen tulosta. Perimän vaikutus masennukseen tulee esiin erityisesti yksilön herkkyydessä ympäristön aiheuttamalle stressitekijälle. Perimän lisäksi elimistön kyky säädellä stressivastetta riippuu kuitenkin myös muun muassa aikaisemmista kehitysvaiheista ja varhaisten kiintymyssuhteiden turvallisuudesta. Hyvä sosiaalinen tuki ja huolenpito voivat siis suojata nuorta masennukselta, vaikka perimä altistaisi masennusherkkyydelle. (Birmaher 1996, Karlsson ym. 2005, Karlsson & Marttunen 2007.)

**Menetyksillä ja muilla nuoren elämään vaikuttavilla ja sitä muuttavilla tapahtumilla** on keskeinen vaikutus masennuksen kehittymisessä. Useissa tutkimuksissa eritellään elämäntapahtumia, jotka voivat lisätä masennusriskiä: esimerkiksi vanhemman menetys, läheisen ihmisen itsemurha, vanhemman vakava sairaus tai alkoholioingelma, vanhempien avioero, huolenpidon puute, väkivalta (psykkinen, fyysinen ja seksuaalinen), ongelmat sisarusten ja vanhempien kanssa, vanhempien lisääntynyt poissaolo kotoa, seurustelusuhteen katkeaminen, oppimisvaikeudet ja erilaiset sairaudet ovat nuoruuden masennukselle altistavia tekijöitä. (Poikolainen ym. 1995, Birmaher 1996, Räsänen 2004, 222–223, Karlsson ym. 2005, Sternberg ym. 2006, Karlsson & Marttunen 2007, Kestilä ym 2007.) Kaltiala-Heino ym. (1999) ovat tutkineet koulukiusaamisen ja masennuksen yhteyttä nuorilla. Tutkimuksesta ilmenee, että sekä kiusatuilla että kiusaajilla on suurentunut riski sairastua depression. (Kaltiala-Heino ym. 1999.) Kaltiala-Heinon ym. (2001) tutkimuksen mukaan elämänmuutosten kasaantuminen lisää nuoren masennusriskiä: mitä enemmän nuori kokee elämässään erilaisia masennukselle altistavia tapahtumia ja muutoksia, sitä suurempi riski hänellä on sairastua masennukseen.

**Yksilön luonteenpiirteillä ja temperamentilla** on yhteys riskiin sairastua masennukseen. Esimerkiksi heikko itsetunto, suuri itsekritiikki ja kokemus arvottomuudesta ovat sellaisia tuntemuksia, jotka liittyvät masennusalttiuteen (Birmaher 1996, Karlsson & Marttunen 2007). Heikkoa itsetuntoa ja sitä kautta masennusriskiä lisäävät esimerkiksi nuoren kokema vähättely ja alistaminen sekä jatkuvat epäonnistumisen kokemukset ja pettymykset omissa toiveissa. Huono koulumenestys on esimerkki tällaisesta epäonnistumisen tunteita tuottavasta masennukselle altistavasta tekijästä (Kaltiala-Heino ym. 1998, Pelkonen ym 2003). Poikolaisen ym. (1995) tutkimuksen mukaan epäonnistuminen kokeessa voi aiheuttaa masennusta sekä tytöille että pojille.

Räsänen (2004, 223) tuo esiin nuoren **ihmissuhdeverkostoihin** ja koko yhteiskuntaan liittyvien sosiaalisten tekijöiden merkityksen masennuksen kehittymisessä. Kaltiala-Heinon ym. (2001) mukaan nuoren kokema sosiaalisen tuen puute on positiivisessa yhteydessä masennukseen eli sosiaalisten verkostojen puuttuminen ja niiden antaman tuen heikkous voivat altistaa masennukselle. Nuoruusiässä sosiaaliset suhteet ikäovereihin ovat erityisen tärkeitä, koska ne auttavat nuorta nuoruuden kehitystehtävistä selviämisessä. Ikäoveriensa syrjimäksi ja kiusaamaksi joutuneella nuorella onkin suurentunut riski sairastua masennukseen (Karlsson & Marttunen 2007). Fieldin ym.(2001) amerikkalaisen tutkimuksen

mukaan masentuneilla nuorilla on ollut vähemmän suhteita ikätovereihinsa ja vähemmän ystäviä kuin nuorilla, jotka eivät sairasta masennusta. Myös Olssonin ym. (1999) ruotsalaisia nuoria koskevan tutkimuksen mukaan vakavaa masennusta sairastavat nuoret ovat usein kokeneet ongelmia sosiaalisissa suhteissa ikätovereihinsa, pitkittynyttä masennusjaksoa sairastaneilla on ikätoverisuhteiden lisäksi ollut runsaasti konflikteja myös perheensä kanssa. Olsson ym. (1999) kuitenkin painottavat, ettei masennusta ja sosiaalisia konflikteja tarkasteltaessa voida vetää selkeitä johtopäätöksiä siitä, kumpi on syy ja kumpi on seuraus.

Psykkisten, sosiaalisten ja geneettisten tekijöiden lisäksi masennuksen taustalta on löydetty myös **neurobiologisia tekijöitä**. Esimerkiksi masennusta sairastavien ihmisten aivojen välittäjäainesysteemeissä on todettu häiriöitä. Välittäjäaineista erityisesti serotoniinilla on todettu olevan keskeinen vaikutus masennukseen, mistä löytyy viitteitä myös nuorten masennukseen liittyen. Lisäksi on tutkittu noradrenaliinin ja dopamiinin merkitystä masennuksen puhkeamisessa. Koska nuoruusiässä biologinen kehitys on vielä kesken, on mahdollista, että nuorten masennukseen liittyvät biologiset tekijät poikkeavat jossain määrin aikuisista. (Birmaher 1996, Räsänen 2004, 222–223, Karlsson & Marttunen 2007).

Edellä kuvatuista masennukselle altistavista tekijöistä käy ilmi, että masennuksen puhkeamiseen vaikuttaa moniin eri elämäntilanteisiin liittyviä ja eri tavoin ilmeneviä stressitekijöitä. Kaikkien selitysmallien kautta tarkasteltaessa keskeistä masennuksen puhkeamisen kannalta on se, miten nuori pystyy selviytymään elämästään stressitekijöiden kanssa. Masennus on monimutkainen mielenterveyden häiriö, joka kehittyy usein useiden yhtäaikaaisesti vaikuttavien riskitekijöiden yhteisvaikutuksesta.

### **3.2 Nuorten masennuksen esiintyvyys, hoito ja uusiutuminen**

Tarkasteltaessa masentuneisuuden esiintyvyyttä lapsuudessa ja nuoruudessa voidaan havaita, että juuri lukioiässä riski sairastua masennukseen on erityisen suuri (Hankin ym. 1998). Nuorten masennusongelman laajuus onkin tiedostettu. Tutkimukset osoittavat, että masennusta sairastavia nuoria voidaan auttaa ja paranemista nopeuttaa hoitojen avulla (esim. Karlsson ym. 2005). Kuitenkin nuorten masennus on Suomessa vahvasti alihoidettua (esim. Lukkari ym. 1998, Aalto-Setälä 2002, Haarasilta ym. 2003). Nuorten masennusongelman

vaikeutta lisää se, masennuksen uusiutuminen myöhemmin nuoruudessa tai aikuisuudessa on tavallista (Aalto-Setälä 2002, Fröjd ym. 2006).

### 3.2.1 Masennuksen esiintyvyys

Lapsilla vakava masennus on verrattain harvinaista (Haarasilta ym. 2000, Karlsson & Marttunen 2007), mutta murrosiän alkaessa masennus lisääntyy. Amerikkalaiset ja uusiseelantilaiset tutkijat Hankinin ym. (1998) ovat tutkineet uusiseelantilaisia lapsia ja nuoria. Tutkimuksen mukaan murrosiän käynnistymisen jälkeen riski sairastua masennukseen kasvaa voimakkaasti ja tytöillä riski sairastua masennukseen on kaksinkertainen poikiin nähden. Eniten uusia masennusjaksoja ilmaantuu 15–18-vuotiaiden ikäryhmässä. Ennen 15. ikävuotta nuorten ja lasten masennuksen esiintyvyydessä ei tutkimuksen mukaan ole suurta ikäryhmittäistä vaihtelua. Hankinin ym. (1998) mukaan sen sijaan 15. ja 18. ikävuoden välillä on suuri ero masennuksen esiintyvyydessä: uusiseelantilaisista 15-vuotiaista masentuneita on 2.8 %, kun taas 18-vuotiaista masentuneita on 16.8 %. 18-vuotiaiden ja 21-vuotiaiden nuorten masennuksen esiintyvyydessä ero on jälleen pieni.

Haarasilta ym. (2001) on tarkastellut 15–19-vuotiaiden suomalaisten nuorten masennuksen yleisyyttä tutkimuksessaan, joka on osa Terveysturvatutkimusta (FINHCS). Aineisto on kerätty vuonna 1996. Tämän tutkimuksen mukaan suomalaisten 15–19-vuotiaiden nuorten **vakavan masennustilan** yhden vuoden aikainen esiintyvyys on noin 5.3 %, tytöillä 6.0 % ja pojilla 4.4 %. (Haarasilta ym. 2001). Tarkasteltaessa suomalaisten lukiolaisten **masennusoireilua** vuosien 2007 ja 2008 kouluterveyskyselyistä voidaan havaita, että lukioiden 1. ja 2. vuosikurssin opiskelijoista noin 10 % kärsii keskivaikeasta tai vaikeasta masentuneisuudesta. Tytöillä masentuneisuus on yleisempää kuin pojilla: tytöt raportoivat lähes kaksinkertaisen määrän masentuneisuutta poikiin verrattuna. (Stakes 2007/2008.)

On huomioitava, että nuorilla on paljon myös **lieviä masennusoireita**, jotka eivät täytä masennusdiagnoosin kriteerejä. Haarasillan ym. (2000) mukaan ainakin viidenneksellä nuoruusikäisistä on arvioitu esiintyvän tällaista lievempää masennusoireilua. Välimaa (2004) on tutkinut 11–15-vuotiaiden nuorten koettua oireilua aineistonaan WHO-Koululaistutkimus. Vuonna 1994 masennusta koki noin kerran viikossa 40 % 13-vuotiaista tytöistä ja 39 % 15-vuotiaista tytöistä. Samana vuonna 31 % 13-vuotiaista pojista ja 24 % 15-vuotiaista pojista

koki itsensä viikoittain masentuneeksi. Vuonna 2002 joka kolmas 13-vuotias tyttö ja 39 % 15-vuotiaista tytöistä tunsi viikoittain masennusta ja 15 % 13-vuotiaista pojista ja 16 % 15-vuotiaista pojista koki itsensä masentuneeksi viikoittain. Tämän tutkimuksen mukaan masentuneisuuden kokeminen on vähentynyt nuorilla vuodesta 1994 vuoteen 2002. Tarkasteltaessa alakuloisuuden kokemusta voidaan sen sijaan havaita, että tytöillä alakuloisuuden kokeminen lisääntyi vuodesta 1994 (28 %) vuoteen 2002 (35 %) selvästi. Pojilla alakuloisuuden kokemusten yleisyys pysyi samana (15 %). (Välimaa 2004, 31–33.)

Haarasillan ym. (2000) mukaan nuorten **vakavan masennustilan** esiintyvyyden on suomalaisissa ja kansainvälisissä tutkimuksissa todettu olevan tutkimushetkellä 0.7–4.7 %, yhden vuoden aikana 3.4–16.8 % ja koko elinaikana noin 6.7–18.5 %. Masennuksen ja masennusoireilun esiintyvyyden kansainvälistä vertailua vaikeuttavat eri tutkimuksissa käytetyt erilaiset mittarit. Lewinsohnin ym. (1993) amerikkalaisia nuoria koskevan tutkimuksen mukaan **masennuksen** yhden vuoden esiintyvyys on 2.9 %, tytöillä 3.8 % ja pojilla 2.0 %. Saksalaisia 14–24-vuotiaita nuoria koskevassa tutkimuksessa **masennuksen** yhden vuoden esiintyvyydeksi havaittiin 3.6 %, tytöillä 4.7 %, pojilla 2.4 %. (Wittchen ym. 1998.) Mikolajczyk ym. (2008) ovat tutkineet länsieurooppalaisten (Saksa ja Tanska) ja itäeurooppalaisten (Puola ja Bulgaria) nuorten **masennusoireilua** Beckin mielialakyselyn avulla. Tutkimuksen mukaan itäeurooppalaisilla nuorilla masennusoireilu on yleisempää kuin länsieurooppalaisilla nuorilla. Vähintään lievistä masennusoireilusta kärsii saksalaisista tytöistä 27 % ja saksalaisista pojista 23 %, tanskalaisista tytöistä 25 % ja tanskalaisista pojista 12 %, puolalaisista tytöistä 46 % ja puolalaisista pojista 27 % sekä bulgarialaisista tytöistä 43 % ja bulgarialaisista pojista 34 %. (Mikolajczyk ym. 2008.)

Useiden edellä esiteltyjen kansainvälisten tutkimusten mukaan tytöillä masennus on lähes kaksi kertaa yleisempää kuin pojilla. Sukupuolten välinen ero näissä tutkimuksissa on samansuuntainen kuin tarkasteltaessa suomalaisten lukiolaisten masennusoireilua (Stakes 2007/2008). Sen sijaan Haarasillan ym. (2001) suomalaisten nuorten vakavaa masennustilaa tarkastelevassa tutkimuksessa sukupuolten väliset erot ovat pienempiä kuin kansainvälisissä tutkimuksissa. Haarasillan ym. (2001) mukaan suomalaisilla nuorilla pojilla saattaakin olla suurentunut riski sairastua masennukseen, mistä kertoo myös poikien itsemurhien suuri määrä tässä ikäluokassa. Kansainvälisissäkin vertailuissa itsemurhat ovat Suomessa poikkeuksellisen yleisiä nuorilla miehillä (Lönngqvist 2005). Marttusen ym. (1991) tutkimuksen mukaan itsemurhan tehneistä suomalaisista nuorista yli puolet sairastaa masennusta. Masennuksen ja

itsemurhien yhteyttä pidetään ilmeisenä (Mitchell ym. 1988, Marttunen ym. 1991, Field ym. 2001).

Suurella osalla masennuksen ja masennusoireilun esiintyvyyttä kartoittavien tutkimusten tuloksista ilmenee kuitenkin selkeä sukupuoliero. Tytöt ilmoittavat masennusoireita noin kaksi kertaa yleisemmin kuin pojat. Rimpelä (2003) nostaa esiin kysymyksen, onko pahoinvointi todella kaksi kertaa yleisempää tytöillä kuin pojilla. Rimpelä (2003) selittää masennuksen sukupuolieroja pahoinvoinnin sisäistämisen ja ulkoistamisen kautta. Tytöille tyypillisistä on pahoinvoinnin sisäistäminen. Heidän pahoinvointinsa ilmenee masennuksena ja psykosomaattisena oireiluna. Pojille on sen sijaan tavallisempaa pahoinvoinnin ulkoistaminen, jolloin pahoinvointi ilmenee masennuksen sijaan häiriökäyttäytymisenä. Useat muutkin tutkimukset osoittavat, että ulospäin suuntautunut oirehdinta on tyypillisempää pojille kuin tytöille ja sisäänpäin suuntautunut oirehdinta on tyypillisempää tytöille kuin pojille (Crick & Zahn-Waxler, 2003, Hartung & Widiger, 1998). Kuitenkin tämän keskimääräisen tuloksen ympärillä on myös yksilöllistä vaihtelua. On siis selvää, että on myös sellaisia poikia, joilla sisäänpäin suuntautunut oirehdinta on voimakasta ja tyttöjä, jotka oirehtivat ulospäin. Yleinen tutkimustulos on se, että nämä oirehtimisen muodot esiintyvät samanaikaisesti eli nuori, joka oirehtii ulospäin (esim. häiriökäyttäytyminen), oirehtii usein myös sisäänpäin (esim. masennus) (Reitz ym. 2005, Moilanen ym. 2010).

### **3.2.2 Nuorten masennuksen hoito ja hoitoon hakeutuminen**

Nuorten masennuksen paranemista voidaan nopeuttaa ja ennustetta toimintakyvyn suhteen parantaa hoidon avulla (Karlsson ym. 2005). Masennusta sairastavan nuoren hoitomuodon valintaan vaikuttavat masennustilan vakavuus ja kesto, monihäiriöisyys, itsetuhoisuus ja kaksisuuntaiseen häiriöön viittaavat oireet. Nuorten masennuksen hoidossa käytetään psykososiaalisia hoitoja ja masennuslääkehoitoa. (Marttunen & Kaltiala-Heino 2007, 604.) Nuorilla lievien ja keskivaikeiden masennustilojen hoito voidaan tavallisesti aloittaa psykoterapeuttisin interventioin. Jos masennus ei lievity psykoterapeuttisin keinoin 4-6 viikon kuluessa, hoitoon liitetään tavallisesti masennuslääkitys. (Birmaher ym. 1998, Karlsson ym. 2005, 2881, Duodecim 2004, Räsänen 2004, 224-225, Marttunen & Kaltiala-Heino 2007, 604-605.) Vaikean masennuksen hoidossa masennuslääkitys on hoidon osana psykososiaalisen hoidon rinnalla alusta lähtien. Nuorilla masennuksen lääkehoitona käytetään

ensisijaisesti selektiivisiä serotoniinin takaisinoton estäjiä (SSRI-lääkkeitä). (Karlsson ym. 2003, Duodecim 2004, Marttunen & Kaltiala-Heino 2007.)

Tutkimusten mukaan nuorten masennus on vahvasti alihoidettua (Lukkari ym. 1998, Aalto-Setälä 2002, Haarasilta ym. 2003, Haarasilta 2003). Haarasillan ym. (2003) tutkimuksen mukaan vakavaa masennustilaa sairastavista 15–24-vuotiaista suomalaisista nuorista ja nuorista aikuisista vain viidennes oli ollut yhteydessä mielenterveyspalveluihin masennuksen vuoksi viimeisten 12 kuukauden aikana. Lisäksi Haarasillan ym. (2003) tutkimuksesta ilmenee, että masennuksen alihoidto on erityisen tyypillistä 15–19-vuotiaiden nuorten ikäryhmässä. 20–24-vuotiailla nuorilla aikuisilla masennukseen vuoksi hoitoon hakeutuminen on yleisempää kuin nuorilla. Haarasillan ym. (2003) mukaan hoitoon hakeutumisen ja huonon psykososiaalisen toimintakyvyn välillä on yhteys: mitä heikompi on nuoren psykososiaalinen toimintakyky, sitä yleisempää on avun hakeminen.

Vähäinen masennuksen vuoksi hoitoon hakeutuminen tulee esiin myös kansainvälisissä tutkimuksissa. Flamentin ym. (2001) mukaan ranskalaisista 11–20-vuotiaista vakavasti masentuneista nuorista joka kolmas oli hakenut apua masennukseen terveydenhuollosta. Wu ym. (2001) amerikkalaisia masentuneita lapsia ja nuoria koskevasta tutkimuksesta ilmenee, että kaksi kolmasosaa oli hakenut apua terveydenhuollon ammattilaisilta. Wun ym. (2001) mukaan hoitoon hakeutumista ennustavia tekijöitä masentuneilla lapsilla ja nuorilla olivat esimerkiksi depressio-oireiden suuri määrä, huono toimintakyky ja äiti, joka oli hakenut apua omiin psyykkisiin ongelmiinsa. Lisäksi Biddlen ym. (2004) englantilaisesta tutkimuksesta kävi ilmi, että mielenterveydenongelmista kärsivien nuorten hoitoon hakeutumista ennusti aikaisempi avun hakeminen.

Lukiolaisten hyvinvointitutkimuksen (Ojajärvi 2003) mukaan keskivaikeasta tai vaikeasta masentuneisuudesta kärsivistä lukiolaispojista reilu kolmannes ja -tytöistä lähes joka neljäs katsoo, ettei tarvitse apua masennukseen. Nuorten on siis vaikeaa tulkita omaa mielialaansa ja päätellä, milloin olisi syytä hakeutua terveydenhuollon palveluihin. Lukkari ym. (1998) tuovatkin esiin ajatukseen siitä, että keskeisenä syynä masentuneiden nuorten vähäiseen avun hakemiseen on se, että suurin osa masentuneista nuorista ei itse osaa tunnistaa avuntarvettaan.

Kuitenkin vain pieni osa niistäkin lukiolaisista, jotka kokevat tarvitsevansa apua masennukseensa, hakeutuu hoitoon. Lukkari ym. (1998) ovat tutkineet tamperelaisten



peruskoulun 8. ja 9. luokan oppilaiden masennusoireilua, koettua avuntarvetta ja hoitoon hakeutumista. Tutkimuksesta ilmenee, että vain vajaa viidennes keskivaikeasti tai vaikeasti masentuneista nuorista tunsi avuntarvetta masentuneen mielialan vuoksi ja hoitoon heistä hakeutui vielä pienempi osa. Lukiolaisilla, jotka kokivat tarvitsevansa apua, avun hakeminen lisääntyi masentuneisuuden kasvaessa, mutta vakavastikin masentuneista vain alle puolet oli hakenut masennukseen apua terveydenhuollosta. Samoin Biddlen ym. (2004) englantilaisia 16–24-vuotiaita nuoria tarkastelevasta tutkimuksesta kävi ilmi, että suurin osa sellaisistakin nuorista, jotka kokivat sairastavansa mielenterveyden häiriötä, ei ollut hakenut apua mielenterveysongelmiinsa. Lukkarin ym. (1998) ja Ojajärven (2003) mukaan tytöt tunnistivat masentuneisuutensa huomattavasti useammin kuin pojat ja hakivat ulkopuolista apua masennuksen hoitoon poikia paremmin. Myös muista tutkimuksista löytyy vahvistusta sille, että hoitoon hakeutuminen on yleisempää tytöillä (Wu ym. 2001, Biddle ym. 2004, Laine 2005).

Nuorten mielenterveysongelmien tunnistamista ja hoitoon hakeutumista voi avuntarpeen tunnistamattomuuden lisäksi hankaloittaa myös se, että mielenterveysongelmat ilmenevät usein somaattisena oireiluna. Psykkisesti oireilevat raportoivat somaattisista oireista useammin kuin psyykkisesti oireettomat. (Kestilä ym. 2007.) Samoin Luopan ym. (2006) helsinkiläisiä lukiolaisia tarkastelevasta tutkimuksesta ilmenee vahva yhteys lukiolaisten masentuneisuuden ja päivittäisten fyysisten oireiden välillä. Kestilän ym. (2007) mukaan somaattinen oireilu voi olla yhteydessä mielenterveysongelmiin jopa vahvemmin kuin koettu psyykinen oireilu. Tutkimuksesta käy ilmi, että psyykkisesti oireilevat 18–29-vuotiaat nuoret ja nuoret aikuiset käyttävät lääkäripalveluja selvästi enemmän kuin psyykkisesti oireettomat, mutta vain harva heistä tulee vastaanotolle mielenterveysoireiden vuoksi. Kestilä ym. (2007) kirjoittaa, että avun hakeminen mielenterveysongelmiin saattaa tuntua häpeälliseltä, mikä saattaa korostaa somaattisten oireiden raportointia vastaanotolla. Myös Laine (2005) tuo esiin häpeän ja leimautumisen tunteet nuorten mielenterveysongelmiin liittyen: yhtenä syynä siihen, etteivät masentuneet nuoret hae apua, on se, että masennukseen samoin kuin muihinkin mielenterveydenhäiriöihin liittyy stigmatisoitumisen pelko. Nuoret haluavat salata masennuksensa, koska he pelkäävät leimautuvansa psyykkisesti sairaiksi puhuessaan masennuksestaan. (Laine 2005.) Sireyn ym. (2001) amerikkalaisen tutkimuksen mukaan masennuksen kokeminen stigmana onkin erityisen tyypillistä juuri nuorten masentuneiden keskuudessa. Vanhemmissa ikäryhmissä kokemus stigmatisoitumisesta ei ole yhtä tavallista. Laineen (2005) tutkimuksesta ilmenee, että osa nuorista on masennuksensa

kanssa aivan yksin. He eivät ole kertoneet masennuksestaan kenellekään. Mielenterveysongelmiin liittyvät yleiset kulttuuriset asenteet saattavat siis olla yhtenä syynä masentuneiden nuorten vähäiseen avun hakemiseen.

### **3.2.3 Nuorten masennuksen uusiutuminen ja ennustevaikutus mielenterveydelle aikuisuudessa**

Birmaherin ym. (1996) monista eri tutkimuksista tekemän yhteenvedon mukaan nuorilla yksittäisen vakavan masennusjakson kesto on keskimäärin 7–9 kuukautta. Masennusta sairastaneista nuorista 90 % toipuu kaikista masennusoireista 1.5–2 vuoden kuluessa. Nuorten masennuksen uusiutuminen on kuitenkin tavallista. Masennusta sairastaneista 40 % sairastuu uudelleen masennukseen kahden vuoden kuluessa ja 70 % viiden vuoden kuluessa. (Birmaher ym. 1996, 1429.) Fröjd ym. (2006) ovat tutkineet suomalaisia 9–luokkalaisia Tampereella ja Vantaalla. Tutkimuksen mukaan 9. luokalla masennusta sairastaneista nuorista 40 %:lla masennus jatkui edelleen tai masennus oli uusiutunut kahden vuoden kuluttua tehdyssä seurantamittauksessa. Masennuksen todennäköisyys oli kaksivuotisseurannassa 12-kertainen nuorella, joka oli sairastanut masennusta 9. luokalla verrattuna nuoreen, joka ei ollut silloisessa kyselyssä ollut masentunut. (Fröjd ym. 2006.)

Masennusta sairastaneilla nuorilla on todettu suurentunut riski masennukseen myös aikuisuudessa. Lewinsohnin ym (1999) Yhdysvalloissa tehdyn tutkimuksen mukaan nuoruudessa vakavaa masennusta sairastaneista henkilöistä 45 % oli sairastunut masennukseen myös varhaisaikuisuudessa 19. ja 24. ikävuoden välillä. Weissmanin ym. (1999) amerikkalaisen tutkimuksen mukaan vakavaa masennusta nuoruudessa sairastaneilla oli kaksinkertainen riski sairastua masennukseen aikuisuudessa. Myös Aalto-Setälän suomalaisia nuoria koskevan pitkittäistutkimuksen (2002) mukaan nuoruuden masennuksella on huomattava ennustemerkitys varhaisaikuisuuden mielenterveydelle: lukiovaiheessa masennuksesta kärsineillä nuorilla todettiin kolminkertainen riski sairastua masennukseen varhaisaikuisuudessa. Myös lievillä masennusoireilla, jotka eivät täytä masennusdiagnoosin kriteerejä, on yhteys aikuisiän masennukseen: Pinen ym. (1999) amerikkalaisen tutkimuksen mukaan lievät masennusoireet nuoruudessa ennustivat sairastumista vaikeaan masennukseen aikuisuudessa.

Lewinsohn ym. (2000) ovat tutkineet tekijöitä, jotka ennustavat nuorena masennusta sairastaneiden sairastumista masennukseen myös aikuisuudessa. Heidän mukaansa tietyt masennusriskiä lisäävät tekijät, esimerkiksi naissukupuoli, nuoruudessa toistuvat masennusjaksot, muiden perheenjäsenten vaikea masennus, epäsosiaalinen persoonallisuus ja rajatilahäiriöön liittyvien oireet, liiallinen emotionaalinen riippuvuus muista ihmisistä sekä ongelmat vanhempien kanssa, ennustivat masennuksen uusiutumista aikuisuudessa.

Nuorena sairastettu masennus voi lisätä aikuisuudessa masennuksen lisäksi myös muiden mielenterveyden häiriöiden riskiä. Marttusen ja Kaltiala-Heinon (2007, 603) ja Karlssonin ja Marttusen (2007) mukaan nuoruudessa sairastettu masennus lisää aikuisuudessa riskiä sairastua ahdistuneisuushäiriöön. Kaikissa tutkimuksissa (esim. Weissman 1999) tällaista yhteyttä ei ole kuitenkaan havaittu. Masentuneilla nuorilla on todettu olevan muita nuoria enemmän myös erilaisia psykososiaalisia vaikeuksia varhaisaikuisuudessa. Aalto-Setälän (2002) tutkimuksesta ilmeni, että lukiovaiheessa masennusta sairastaneet kärsivät aikuisuudessa muita useammin huonosta psykososiaalisesta toimintakyvystä ja alkoholiongelmista. Weissmanin ym. (1999) tutkimuksen mukaan nuoruuden masennus voi näkyä aikuisuudessa matalana koulutuksena ja ongelmina työelämässä, perhe-elämässä ja erilaisissa ihmissuhteissa. Myös itsemurhariski nuoruudessa masennusta sairastaneilla on aikuisuudessa huomattavasti suurempi kuin terveillä nuorilla. Marttunen ja Kaltiala-Heino (2007, 603) tuovat esiin yleisinä nuoruuden masennuksesta seuraavina aikuisiän ongelmina myös tyytymättömyyden omaan elämään, heikentyneen somaattisen terveydentilan ja varhaisen raskauden. Myös lievempiin nuoruuden masennusoireisiin, jotka eivät täytä masennustilan diagnostisia kriteereitä, voi liittyä psykososiaalisia ongelmia aikuisuudessa (Karlsson & Marttunen 2007).

### **3.3 Nuorten itsearvioitu terveys ja masennusoireilu sen indikaattorina**

Suomessa kuolleisuus ja vakavat sairaudet ovat nuoruusiässä harvinaisia, joten näillä objektiivisilla terveystilareilla mitattuna nuoria voidaan pitää erittäin terveenä ikäryhmänä (Rimpelä 2005, 307–310). Terveyttä voidaan tarkastella myös nuorten omana kokemuksena terveydestään, itsearvioituna terveytenä. Vuosien 2007 ja 2008 kouluterveyskyselyistä selviää, että Suomen lukioiden 1. ja 2. vuosikurssin oppilaista noin 17 % kokee terveydentilansa keskinkertaisena tai huonona. Lisäksi tytöt kokevat terveytensä huonompana

kuin pojat. (Stakes 2007/2008.) Tutkimukset ovat myös osoittaneet nuorten koetussa terveydessä kieliryhmien välisiä eroja: suomenkieliset nuoret kokevat terveytensä ruotsinkielisiä huonommaksi (Suominen ym. 2000, Välimaa 2000b).

Bjornerin ym. (1996, 12) mukaan itsearvioituun terveyteen kuuluu kokemus oireista, hyvinvoinnista, yleisestä terveydentilasta ja haavoittuvuudesta. Yksilö muodostaa arvion terveydentilastaan omien kokemustensa ja muihin ihmisiin, yleensä ikätovereihin tehtyjen vertailujen perusteella. Bjorner ym. (1996, 7) korostavat, että biolääketieteellisesti määritetty terveys ja itsearvioitu terveys ovat kaksi eri näkökulmaa terveyden tarkasteluun. Molemmilla näkökulmilla on yhtä keskeinen merkitys arvioitaessa, miten ihmisen terveyttä ja hyvinvointia voidaan parantaa.

Itsearvioituun terveyteen vaikuttavat monet tekijät. Toimintakyky vaikuttaa suoraan yksilön omaan terveyden arviointiin. Sairaudet vaikuttavat itsearvioituun terveyteen joko suoraan tai toimintakyvyn kautta. Lisäksi demografiset tekijät, esimerkiksi ikä, sukupuoli ja koulutus, voivat vaikuttaa yksilön arvioon omasta terveydentilastaan. (Bjorner ym. 1996, 17.) Samoin kuin aikuisilla myös nuorten kokemus terveydestä rakentuu siis lääketieteellisten, psyykkisten, sosiaalisten ja elämäntapaan liittyvien tekijöiden kautta (Bleidablik ym. 2008). Nuorten omaan terveyden arviointiin liittyy kuitenkin joitain ominaispiirteitä. Erityisesti psyykkisten ja sosiaalisten tekijöiden merkitys korostuu. Tämä tulee esiin esimerkiksi Lindholmin ym. (1997) tutkimuksesta, jossa tarkastellaan suomenruotsalaisten nuorten terveystoimotteita, joiden kautta nuoret määrittävät terveyttä. Tutkimuksen mukaan suomenruotsalaisilla lukiolaisilla tärkeimpiä terveyden motiiveja ovat tekijät, jotka mahdollistavat luottamuksen omaan elämään, hyvän toimintakyvyn, ilon ja rakkauden. Näille lukiolaisille terveys merkitsee ennen kaikkea kykyä elää rohkeasti omaa elämää yhdessä toisten ihmisten kanssa. Psykososiaalisen toimintakyvyn ja sosiaalisten suhteiden merkitys terveydessä on heillä erityisen suuri. Mechanicin ja Hansellin (1987) mukaan psyykkisellä hyvinvoinnilla on fyysisiä oireita voimakkaampi vaikutus nuorten itsearvioituun terveyteen mahdollisesti siitä syystä, että vakava somaattinen sairastaminen on nuoruusiässä harvinaista. Bleidablikin ym. (2008) tutkimuksesta ilmeneekin, että keskeisin nuoren itsearvioitua terveyttä määrittävä tekijä on kokemus yleisestä hyvinvoinnista.

Bjornerin ym. (1996, 7) mukaan itsearvioitu terveys on tärkeä mittari, kun tarkastellaan ihmisen psyykkistä hyvinvointia ja elämänlaatua. Psyykkinen hyvinvointi on siis keskeinen

koetun terveyden osa-alue (Välimaa 2000a), joten masennusoireilulla on suuri merkitys nuorten itsearvioidussa terveydentilassa. Luopan ym. (2006, 38) tutkimuksesta ilmenee, että helsinkiläisillä nuorilla masentuneisuus on yhteydessä huonoon koettuun terveydentilaan. Myös Mechanicin ja Hansellin (1987) tutkimuksessa masennus tulee esiin keskeisenä nuorten itsearvioitua terveyttä määrittävänä tekijänä: masentunutta mielialaa kokevat nuoret arvioivat terveytensä heikoksi. Nuorten kokemaan hyvään terveydentilaan oli yhteydessä positiivisen mielialan lisäksi pätevydentunne koulumenestyksessä ja liikuntaharrastuksiin osallistumisessa. Mechanicin ja Hansellin (1987) mukaan hyvä koulumenetys ja osallistuminen urheiluharrastuksiin toivat nuorille positiivista palautetta ja tunnetta siitä, että he olivat aktiivisia ja erilaisia kykyjä omaavia ihmisiä. Tynjälä ym. (2009) tuovat esiin yhteyden liikunnan harrastamisen ja elämään tyytyväisyyden välillä: tutkimuksen mukaan kohtuullista tai rasittavaa liikunta vähintään tunnin ajan vähintään viitenä päivänä viikossa harrastavat suomalaisnuoret olivat tyytyväisempiä elämäänsä kuin vähemmän liikkuvat nuoret. Myös Välimaan (2000a) tutkimuksesta ilmenee, että koetulla fyysisellä kunnolla on yhteys nuorten itsearvioimaan hyvään terveyteen. Keplerin (1999) tutkimuksesta käy ilmi, että myös esimerkiksi ystävyysuhteet ja koulunkäynnistä pitäminen olivat nuorilla yhteydessä hyvään itsearvioituun terveyteen ja onnellisuuteen.

Hyvä koulumenestys, liikuntaharrastukset ja ystävät ovat negatiivisesti yhteydessä myös nuorten masennukseen. Fieldin ym. (2001) amerikkalaisen tutkimuksen mukaan masentuneet nuoret harrastivat vähemmän liikuntaa ja käyttivät vähemmän aikaa kotitehtäviensä tekemiseen kuin terveet nuoret. Lisäksi masentuneilla nuorilla koulumenestys oli heikompa kuin terveillä ikätovereilla. Masennus vaikuttaakin nuoreen usein niin, että aktiivisuus sekä osallistuminen vähenevät ja nuori myös eristäytyy sosiaalisista suhteista. Masentuneet nuoret saavat ympäristöltään muita nuoria vähemmän pätevyyden tunnetta lisäävää palautetta. Näin ollen masennus vaikuttaa itsearvioituun terveyteen myös pätevydentunteen kautta. (Mechanic & Hansell 1987, Puig-Antich ym. 1993, Kaltiala-Heino ym. 1998.) Heikentyneen toimintakyvyn aiheuttamalla vähäisellä pätevydentunteella on luonnollisesti vaikutusta nuoren itsetuntoon. Välimaan (2000a) tutkimuksen mukaan itsetunnolla on suora yhteys nuorten itsearvioituun terveyteen: heikko itsetunto heikentää psyykkistä hyvinvointia.

Mechanin ja Hansellin (1987), Lindholmin (1997) sekä Bredablikin ym. (2008) tutkimukset osoittavat psykososiaalisen toimintakyvyn olevan yksi keskeisimmistä nuorten itsearvioituun terveyteen vaikuttavista tekijöistä. Nuori arvioi terveyttään esimerkiksi sen perusteella, miten

hän kokee suoriutuvansa tärkeistä arkielämän osa-alueista. Masentuneen nuoren toimintakyky on selvästi heikentynyt, mikä näkyy arkielämän ongelmina, esimerkiksi vaikeuksina koulutyöskentelyssä ja sosiaalisissa suhteissa (Karlsson & Marttunen 2008). Luopan ym. (2006) tutkimuksen mukaan myös terveyden fyysisellä osa-alueella on yhteys nuorten masentuneisuuteen: suuri päivittäisten fyysisten oireiden määrä lisää lukiolaisten masentuneisuusriskiä. Masennuksella on siis yhteys nuoren elämän moniin eri alueisiin. Näin ollen masennuksen ja huonon itsearvioitun terveyden positiivinen yhteys muodostuu monien tekijöiden kautta. Koska nuoruudessa psyykkisellä hyvinvoinnilla on erityisen voimakas merkitys oman terveyden arvioinnissa, masennusoireilua voidaan pitää nuorilla yhtenä keskeisenä itsearvioitun terveyden indikaattorina.

#### 4 NUORTEN TERVEYSEROISTA SUOMESSA

Suomessa sosioekonomiset ja alueelliset terveyserot ovat suuria (Martelin ym. 2005). Myös kieliryhmien välillä on todettu terveyseroja: ruotsinkielisen aikuisväestön terveys on osoittautunut suomenkielisiä paremmaksi useilla eri mittareilla mitattaessa (Martelin ym. 2005, 273, Hyyppä & Mäki 2001a, Nyqvist ym. 2008).

Sosiaaliryhmien väliset terveyserot alkavat muodostua jo kouluiässä. Nuorten terveys on voimakkaasti yhteydessä kouluarvosanoihin: huonot kouluarvosanat, huonoksi koettu terveydentila ja pitkäaikaissairaudet liittyvät toisiinsa. Myös esimerkiksi tupakointi ja alkoholin käyttö liittyvät huonoon koulumenestykseen. Varhain koulunsa lopettavat ja ammatilliset opinnot valitsevat käyttäytyvät epäterveellisemmin kuin lukiossa opiskelevat ikätoverinsa. (Rimpelä 2005, 313.) Fröjd ym. (2006) kirjoittavatkin, että terveyserot ohjaavat koulutusvalintoja. Tutkimuksen mukaan niistä nuorista, jotka peruskoulun 9. luokalla kokivat terveytensä melko tai erittäin hyväksi, keskimääräistä suurempi osuus jatkoi opintojaan lukiossa. (Fröjd ym. 2006.)

Fröjdin ym. (2006) tutkimuksen mukaan suurempi osa lukiolaisista kuin ammatillisissa oppilaitoksissa opiskelevista nuorista koki terveytensä melko tai erittäin hyväksi. Tämän tutkielman tutkimushenkilöt ovat lukioiden opiskelijoita. He muodostavat valikoituneen, keskimääräistä paremmin voivan joukon ikäryhmänsä edustajista. Kuitenkin Fröjdin ym. (2006) tutkimuksesta ilmenee, että masennus oli lukiolaisilla yhtä yleistä kuin ammatillisissa oppilaitoksissa opiskelevilla nuorilla.

Maakuntien väliset erot nuorten terveydessä ovat kouluterveyskyselyiden mukaan pieniä, vain muutamia prosenttiyksikköjä, mutta Rimpelän (2005) mukaan pienalueiden ja kuntien välillä on runsaasti eroja. Kouluterveyskyselyt ovat osoittaneet suuria eroja eri koulujen oppilaiden oireisuudessa, koetussa terveydessä ja pitkäaikaissairauksissa. Erot selittyvät vain osaksi oppilaiden perhetaustalla ja elämäntyyllillä. Tärkeitä selittäviä tekijöitä ovat myös koulun ilmapiiri ja työskentelyolosuhteet. Nuorten terveyden koulu- ja kuntakohtaisten erojen syitä tunnetaan myös huonosti. (Rimpelä 2005, 313, Luopa ym. 2008.)

#### 4.1 Alueellisia terveyseroja Uudenmaan ja Pohjanmaan välillä

Elinajan pituuden alue-erot Suomessa ovat suuria. Pohjanmaan alueella ja Ahvenanmaalla elinajanodote on erityisen pitkä. Väestö elää näillä alueilla 20 % pidempään kuin Suomen väestö keskimäärin. Myös Keski-Pohjanmaalla väestö elää pitkään. Itä- ja Pohjois-Suomessa elinajan odote on lyhyin. Kuolleisuus vaihtelee myös maakuntien sisällä. Helsingissä elinajanodote on erityisen lyhyt, kun taas vauraimmilla pääkaupunkiseudun alueilla, esimerkiksi Kauniaisissa, elinajanodote on erityisen pitkä. Myös muiden terveystutkimusten mukaan alue-erot ovat samansuuntaisia kuin kuolleisuudessa. (Hyypä 2002, 100, Martelin ym. 2005, 122.)

Terveyskäyttäytyminen ja terveydentila maakunnittain Suomessa 1978–1999 –tutkimuksessa on tarkasteltu masentuneisuuden alueellisia eroja aikuisväestössä. Uudenmaan maakuntaa ja länsirannikkoa vertailtaessa huomataan, että Uudellamaalla sekä miesten että naisten masentuneisuus on hieman yleisempää kuin koko maassa. Pohjanmaalla ja Etelä-Pohjanmaalla masennus on miehillä ja naisilla koko maata harvinaisempaa. (Nummela ym. 2000.) Nuorten masennuseroja on tarkasteltu Karvosen ym. (2003) tutkimuksessa vuosien 2000–2001 kouluterveyskyselyjen pohjalta. Tutkimuksesta ilmenee, ettei nuorten masennuksessa havaita selkeitä alueellisia eroja Etelä-Suomen läänin ja Länsi-Suomen läänin välillä.

Masennus on usein itsemurhien taustalla (Marttunen ym. 1991). Yli neljäsosa 15–19-vuotiaiden kuolemista on itsemurhia. Tässä ikäryhmässä poikien itsemurhakuolleisuus on lähes neljä kertaa niin suuri kuin tyttöjen. Kansainvälisissäkin vertailuissa itsemurhat ovat Suomessa poikkeuksellisen yleisiä alle 35-vuotiailla miehillä. Koko Suomen väestössä itsemurhat jakautuivat vuosina 1990–1999 alueittain epätasaisesti. Etelä- ja Keski-Pohjanmaalla itsemurhakuolleisuus on keskimääräistä harvinaisempaa. Myös Etelä-Suomessa itsemurhat ovat keskimääräistä harvinaisempia. Suur-Helsingin seutu sijoittuu kuitenkin itsemurhatilastoissa maan keskiarvon tasolle, koska tällä alueella naisten itsemurhat ovat muuta maata yleisempiä. Miehillä itsemurhien alueellinen vaihtelu on samanlaista kuin koko väestössä. Naisilla itsemurhat ovat yleisimpiä Etelä-Suomessa. (Lönnqvist 2005, Rimpelä 2005, 309.)



## 4.2 Suomenkielisen ja ruotsinkielisen väestöryhmän välisiä terveyseroja

Suomenkielisen ja ruotsinkielisen kieliryhmän välisiä terveyseroja on tarkasteltu useissa erityisesti aikuisväestöä koskevissa tutkimuksissa. Ruotsinkielisen väestön terveys on osoittautunut olevan jonkin verran keskimääräistä parempi. Miehillä ero näkyy kaikissa ikäryhmissä. Naisilla ero on pienempi, mutta kuitenkin melko johdonmukainen. (Martelin ym. 2005, 273.)

Tutkimuksissa on havaittu muun muassa, että ruotsinkielisen väestön eliniän odote on 4-5 vuotta pitempi kuin saman alueen suomenkielisen väestön. Aikuisväestön terveyttä tarkastelevien tutkimusten mukaan ruotsinkieliset sairastavat suomenkielisiä vähemmän esimerkiksi sydän- ja verisuonisairauksia ja tuki- ja liikuntaelinsairauksia, jotka ovat tyypillisiä työkyvyttömyyteen johtavia sairauksia. Työkyvyttömyyseläkkeellä olevien ruotsinkielisten suhteellinen määrä onkin pienempi kuin suomenkielisten (Hyypä & Mäki 2001a b, Hyypä 2002, 107 ). Itsearvioidun terveyden on todettu olevan parempi ruotsinkielisillä kuin suomenkielisillä (Hyypä & Mäki 2001a, Nyqvist ym. 2008). Nyqvistin ym. (2008) tutkimuksen mukaan myös itsearvioitu psyykinen terveys on parempi ruotsinkielisillä. Hyypän (2002, 108) mukaan Pohjanmaan ruotsinkielisillä onkin vähemmän mielenterveyden häiriöitä (lukuun ottamatta vakavia psykooseja) kuin saman alueen suomenkielisillä. McRae (1999, 186) kirjoittaa, että ruotsinkielisillä esiintyy vähemmän esimerkiksi masennusta ja surumielisyyttä, väsymystä ja heikkouden tunnetta, yllirasittuneisuutta, ärtyneisyyttä, hermostuneisuutta ja alkoholiongelmia. Myös väkivalta ja itsemurhat ovat ruotsinkielisten keskuudessa harvinaisempia (Hyypä 2002, 108). McRaen (1999, 186) mukaan ruotsinkieliset ovat tyytyväisempiä elämäänsä kuin suomenkieliset.

Suomen- ja ruotsinkielisten nuorten terveyseroja on tutkittu aikuisväestöä vähemmän. WHO-Koululaistutkimuksesta vuosina 1994 ja 1998 ilmenee, että koettu oireilu on vähäisempää ja koettu terveys on parempi ruotsinkielisillä koululaisilla kuin suomenkielisillä peruskoulujen oppilailla. (Välimaa 2000b). Myös Suomisen ym. (2000) tutkimuksen tulokset osoittavat, että ruotsinkieliset koululaiset kokevat terveytensä parempana. Saarelan ja Finnäsin (2003) tutkimuksen mukaan ruotsinkielisten koululaisten terveys on parempi kuin suomenkielisten koululaisten objektiivisilla terveystilareilla mitattaessa, mutta heidän tutkimuksessaan suomenkieliset ja ruotsinkieliset koululaiset eivät eronneet toisistaan tarkasteltaessa koettua terveyttä.

WHO-Koululaistutkimuksessa on tarkasteltu myös masentuneisuuden tuntemusten yleisyyttä. Sekä vuonna 1994 että vuonna 1998 suomenkieliset koululaiset kokivat enemmän masentuneisuutta kuin ruotsinkieliset. Kummassakin kieliryhmässä tytöt kokivat enemmän masentuneisuutta kuin pojat. Molemmissa kieliryhmissä koululaisten masentuneisuuden kokeminen väheni vuodesta 1994 vuoteen 1998. Ruotsinkielisillä masentuneisuuden vähentyminen oli suurempaa. (Välimaa 2000b.)

### **4.3 Sosiaalinen pääoma kieliryhmien välisten hyvinvointierojen selittäjänä**

Suomenkielisen ja ruotsinkielisen kieliryhmän aikuisväestön terveyseroja on selitetty erityisesti sosiaalisen pääoman käsitteen kautta. Ruotsinkieliselle kieliryhmälle ominaista yhteisöllisyyttä ja sosiaalista vuorovaikutusta on pidetty hyvän terveyden perustana. Tutkimusten mukaan epäluottamus toisiin ihmisiin heikentää terveyttä huomattavasti. Ruotsinkielisellä väestöllä on sosiaaliseen pääomaan liittyvää keskinäistä luottamusta enemmän kuin suomenkielisillä. Lisäksi ruotsinkielisillä on havaittu olevan enemmän luotettavia ystäviä ja myös osallistuminen vapaaehtoiseen kansalaistoimintaan on aktiivisempaa kuin suomenkielisillä. (Hyypä & Mäki 2001a, Hyypä & Mäki 2001b, Hyypä 2002, 60.) Hyypän (2002, 111) mukaan myös koululaisten kieliryhmittäiset hyvinvointierot johtuvat todennäköisimmin sosiaalisesta pääomasta, suomenkielisten ja ruotsinkielisten erilaisesta kasvatus-, elintapa ja käyttäytymiskulttuurista. Yhteisöllisyyden merkitys terveyserojen selittäjänä korostuu, kun samalla paikkakunnalla asuvien, samoja sosiaali- ja terveystalvueluita käyttävien suomenkielisten ja ruotsinkielisten koululaisten hyvinvointierot ruotsinkielisten hyväksi ovat selvät, vaikka tavanomaiset terveystekijät, taloudelliset seikat ja maantieteelliset erot on vakioitu.

Kestilä (2003) on tutkinut helsinkiläisiä suomen- ja ruotsinkielisiä 14–19-vuotiaita nuoria. Tutkimuksen mukaan tekijöitä, jotka erottivat ruotsinkieliset suomenkielisistä, olivat koulumyönteisyys, päihdekielteisyys ja perhekeskeisyys. Ruotsinkieliset nuoret ilmoittivat viettävänsä enemmän aikaa perheensä kanssa kuin suomenkieliset. Keskustelu vanhempien kanssa oli yhtä tavallista suomen- ja ruotsinkielisillä, mutta suomenkieliset riitelivät enemmän vanhempiensa kanssa. Ruotsinkieliset nuoret ilmoittivat pitävänsä koulunkäynnistä merkittävästi enemmän kuin suomenkieliset sekä yläasteilla että lukioissa. Lisäksi ruotsinkieliset käyttivät enemmän aikaa koulutehtävien tekoon ja ”lintsasivat” koulusta

vähemmän. Lukion jälkeen suurempi osa ruotsinkielisistä tähtäsi opiskelemaan yliopistoon tai muuhun korkeakouluun. Ruotsinkieliset suhtautuivat suomenkielisiä kielteisemmin päihteiden runsaaseen käyttöön. Humalajuominen ja huumeiden kokeilu oli heidän keskuudessaan vähäisempää. Suomenruotsalaisuuteen liittyvä myönteinen poikkeavuus selittyi osittain perheen ja koulun sosiaalista aspektia kuvaavien muuttujien kautta: perhe ja koulu uusintavat suomenruotsalaisuudelle ominaista kulttuurista ja sosiaalista pääomaa, ja ovat keskeisiä myönteisen poikkeavuuden tuottajia. Myönteiseen poikkeavuuteen vaikuttaa kuitenkin myös suoraan suomenruotsalaisen kulttuurin ja vähemmistöaseman aikaansaama tunne yhteisöllisyydestä ja sosiaalisesta kiinteydestä. Tällöin sosiaalisella identiteetillä on keskeinen merkitys. (Kestilä 2003.)

Nuoruusiän suotuisassa kehityksessä painotetaan sosiaalisten suhteiden ja sosiaalisen tuen merkitystä. Erityisesti oman ikäisiltä ystäviltä saatava vertaistuki on tärkeää nuoren irtautuessa lapsuudesta, mutta myös vanhemmilta ja muilta aikuisilta saatava tuki luo turvaa nuoren elämään. Voidaan edelleen pohtia, voiko yhteisöllisyyden ja luottamuksen tunne suojata nuorta myös masennukselta.

## **5 TERVEYSHAASTEET LUKIOISSA**

Monet lukiolaiset kokevat lukio-opiskelun henkisesti kuormittavana useista eri tekijöistä johtuen. Kuormitusta aiheuttavat esimerkiksi kovat opiskelupaineet ja liiallinen työmäärä sekä ongelmat sosiaalisissa suhteissa. (Opetushallitus 2005, Korppas 2007, Olkinuora, 2007.) Fröjdin ym. (2006) ovat vertailleet lukiossa ja ammatillisissa oppilaitoksissa opiskelevia nuoria: lukiolaiset kokevat yleisemmin opiskelunsa jatkuvasti liian raskaaksi ja pitävät harvemmin opiskelusta melko tai hyvin paljon. Kestilän (2003) tutkimuksen (ks. luku 4.3) mukaan Helsingin ruotsinkieliset lukiolaiset pitävät koulunkäynnistä suomenkielisiä enemmän. Myös Välijärven ja Tuomen (1995) tutkimuksesta käy ilmi, että kieliryhmien välillä on pieniä eroja lukiossa viihtymisessä: ruotsinkielisissä lukioissa opiskelu koetaan jossain määrin elämänläheisempänä ja miellyttävämpänä. Suomenkielisissä lukioissa opiskelua pidetään sen sijaan rasittavampana ja kiireisempänä sekä tavoitteita laajempina kuin ruotsinkielisissä kouluissa.

Liiallinen kuormittavuus ja stressi heikentävät lukio-opiskelijoiden terveyttä ja hyvinvointia. Terveiden edistäminen lukioissa onkin haaste, joka pyritään huomioimaan monipuolisesti kaikessa koulun toiminnassa (Kannas 1998, 2002, Rimpelä 2008, Välimaa ym. 2008).

### **5.1 Lukio-opiskelun ominaispiirteitä**

Lukiot tarjoavat yleissivistävää koulutusta peruskoulun käyneille tavallisesti 16–19-vuotiaille nuorille. Opetus lukioissa on kurssimuotoista. Oppimäärä on suunniteltu kolmeksi vuodeksi, mutta se on mahdollista suorittaa 2–4 vuodessa. Lukion päätteeksi opiskelijat suorittavat ylioppilastutkinnon.

Luokattomassa lukiossa opiskelija voi itse vaikuttaa opinto-ohjelmaansa ja opintoihin käyttämäänsä aikaan, koska opintojen eteneminen ei ole sidottu vuosiluokkiin. Luokattomiin lukioihin siirtyminen on lisännyt opiskelun yksilöllisyyttä ja joustavuutta, mutta se vaatii myös opiskelijoilta entistä suurempaa vastuuta omista opinnoista ja kykyä itsenäisten valintojen tekoon. Lukioiden tavoitteena on tukea opiskelijoita itsenäisyyteen opiskelussaan. Jotta tämä tavoite voisi toteutua, opiskelijoille tulee tarjota mahdollisuus saada tarvittaessa riittävästi opastusta ja tukea opinnoissaan. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2006, Olkinuora ym.

2007, 64.) Luokattoman lukion ongelmista on keskusteltu paljon. Keskustelussa on viitattu esimerkiksi lukiolaisten sosiaalisten suhteiden ongelmallisuuteen ja koulu-uupumukseen, joiden on nähty olevan yhteydessä masennukseen.

### **5.1.1 Vastuunotto ja sosiaaliset suhteet luokattomassa lukiossa**

Useat tutkimukset osoittavat sosiaalisen tuen yhteyden nuorten masennukseen (esim. Anderman 2002, Ojajärvi 2003, Ellonen 2008). Lukiolaisten hyvinvointitutkimuksen (Ojajärvi 2003, 35–36) ja Luopan ym. (2006) tutkimuksen mukaan masennusta sairastavat lukiolaiset erottuvat selvästi muista opiskelijoista siten, että suuremmalla osalla masentuneista ei ole läheisiä ystäviä. Ojajärvi (2003) kirjoittaakin, että ympäristöltä saatu sosiaalinen tuki voi suojata lukiolaista depressiolta.

Opetushallituksen (2005) selvityksessä tarkasteltiin lukioiden oppilaskuntien ja rehtoreiden näkemyksiä luokattomuudesta. Opiskelijoiden vapautta tehdä itsenäisiä yksilöllisiä valintoja ja mahdollisuutta edetä opinnoissa omaan tahtiin pidettiin luokattoman lukion etuna. Toisaalta valinnanvapauteen nähtiin liittyvän myös ongelmia. Luokattomuuden epäkohtana vastauksista tuli esiin se, että osa opiskelijoista ei ole valmiita ottamaan tarvittavaa vastuuta opinnoistaan, eikä osaa tehdä valintoja. Suuri vastuu saattaa ahdistaa opiskelijoita ja tuottaa liian suuria opiskelupaineita. Olkinuoran (2007, 70–72) tutkimuksen mukaan luokattomuus onkin tuonut turkulaisille lukiolaisille turvattomuutta, epävarmuutta ja yksinäisyyttä. Luokattomassa lukiossa opiskelijan ongelmia ei usein huomata ajoissa, mistä voi seurata esimerkiksi masennusta ja koulupinnausta. Sellaiset opiskelijat, jotka eivät pysty itsenäiseen päätöstentekoon ja vastuunottoon opinnoissaan, voivat olla vaarassa keskeyttää opiskelunsa ja jopa syrjäytyä. (Opetushallitus 2005.)

Luokattomuudelle on tyypillistä se, että opetusryhmät vaihtuvat eikä luokkahenkeä välttämättä synny. Opetusryhmien vaihtuminen voidaan nähdä sekä luokattomuuden etuna että epäkohtana. Opetushallituksen selvityksessä (2005) opintoryhmien vaihtelevuutta pidettiin luokattoman lukion etuna, koska se voi mahdollistaa ystäväpiirin laajenemisen ja kehittymisen sosiaalisessa kanssakäymisessä. Toisaalta opetusryhmien vaihtuminen koettiin myös tekijänä, josta voi olla opiskelijoille haittaa: vaihtelevissa ryhmissä opiskelijoiden välille ei aina synny yhteishenkeä, eikä toisiin opiskelijoihin tutustuminen ole helppoa ja näin

ollen sosiaaliset suhteet saattavat kärsiä. Tämä voi johtaa opiskelijoiden arkuuteen, syrjäytymiseen, irtonaisuuteen ja massaan häviämiseen. (Opetushallitus 2006.) Turussa opiskelevia lukiolaisia koskeneesta tutkimuksesta kävi ilmi, että lukiolaiset pitivät luokattomuuden suurimpana haittana juuri jatkuvasti vaihtuvia opetusryhmiä ja siitä johtuvaa luokkahengen puutetta ja sosiaalisten suhteiden vähäisyyttä (Olkinuora 2007, 70–72).

Kosonen (1991, 201) on tutkinut opiskelun mielekkyyttä ja opiskelumotivaatiota lukiossa. Tutkimuksen mukaan koulun ihmissuhteet, erityisesti omaksi koettu pienryhmä, selittävät voimakkaasti koulussa viihtymistä ja opiskelusta pitämistä. Samdal (1998, 49) tutkimus osoittaa opiskelijoiden välisten sosiaalisten suhteiden merkityksen opiskelijoiden subjektiivisissa hyvinvoinninkokemuksissa: tarkasteltaessa koulua psykososiaalisena ympäristönä opiskelutovereilta saatu tuki on vahvimmin yhteydessä nuorten kokemaan hyvinvointiin. Mitä enemmän nuoret kokevat saavansa tukea toisilta nuorilta, sitä paremmin he voivat. Samdal (1998) mukaan on lisäksi todennäköistä, että pitkäaikaiset sosiaaliset suhteet pysyvän opiskelijajoukon, esimerkiksi koululuokan, sisällä ovat erityisen merkityksellisiä nuorille. Myös Andermanin (2002) amerikkalaisesta tutkimuksesta käy ilmi, että opiskelijan psyykkiselle hyvinvoinnille on merkityksellistä se, että opiskelija kokee olevansa hyväksytty ja kuuluvansa koulussa opiskelijoiden muodostamaan joukkoon. Tunne joukkoon kuulumisesta ja muiden opiskelijoiden hyväksynnästä on negatiivisesti yhteydessä masennukseen, sosiaaliseen eristäytymiseen ja kouluongelmiin. Ellonen (2008, 95) tuo esiin tasa-arvon merkityksen koulujen sosiaalista tukea tarkasteltaessa. Tutkimuksesta ilmenee, että edellytys koulusta saatavan yhteisöllisen tuen terveysvaikutuksille on tuen tasainen jakautuminen. Jos toiset opiskelijat kokevat koulun ilmapiirin olevan sosiaalisesti tukeva, mutta toiset eivät, epätasa-arvo muodostaa negatiivisen ilmapiirin, joka lisää nuorten masentuneisuusriskiä.

### **5.1.2 Koulu-uupumus lukiolaisilla**

Monet lukiolaiset kokevat lukio-opiskelun liian kuormittavana ja rasittavana. Rasittavuuden syynä pidetään esimerkiksi liian suurta ja kuormittavaa työmäärää, koeviikkoja, pitkiä koulupäiviä, ylioppilaskirjoituksia ja kotitehtäviä. Myös liian vähäinen nukkuminen on usein syynä rasittuneisuuden kokemiseen. (Korppas 2007.) Korkeila (2005) tuo esiin stressin ja masennuksen yhteyden kahdesta eri näkökulmasta. Ensinnäkin erityisesti pitkään jatkuva

stressi voi johtaa masennukseen. Jos vaikea elämäntilanne jatkuu pitkään, asianosainen kokee, että sopeutumiskeinot ja ongelmanratkaisutaidot ovat pettäneet, jolloin tilanne tuntuu hallitsemattomalta. Tästä voi seurata masennusta. Toiseksi masennus heikentää usein stressinsietokykyä. Näin ollen opiskelun kuormittavuus ja stressaavuus voi aiheuttaa lukiolaisille masennusta ja toisaalta masennuksesta kärsivillä opiskelijoilla kyky kestää stressiä on terveitä opiskelijoita heikompi.

Koulu-uupumuksella tarkoitetaan pitkittynyttä stressioireyhtymää, joka johtuu koulunkäyntiin liittyvästä stressistä. Salmela-Aron ja Näätäisen (2005) mukaan koulu-uupumuksesta kärsivälle nuorelle on tyypillistä emotionaalinen väsymys, kyynisyys koulunkäyntiä kohtaan ja riittämättömyden tunne. Lisäksi koulu-uupumus ilmenee tavallisesti motivaatio-ongelmina, psyykkisenä pahoinvointina, psykosomaattisena oireiluna ja poissaoloina koulusta. Uupumus voi johtaa masennukseen. (Suomen akatemia 2009.)

Koulu-uupumus on tavallinen ongelma lukiolaisilla. Salmela-Aron ja Näätäisen (2005) tutkimuksen mukaan jopa joka kymmenes suomalaisista nuorista kärsii vakavasta koulu-uupumuksesta. Turun lukioiden opiskelijoita koskevassa lievääkin uupumusoireilua tarkastelevassa tutkimuksessa vain joka kymmenes opiskelija ilmoitti, ettei ole kokenut lainkaan koulu-uupumusta. Joka neljäs lukiolainen oli kokenut paljon tai erittäin paljon koulu-uupumusta (Korppas 2007). Lukio-opinnoissa uupuminen on tavallisempaa tytöillä kuin pojilla (Salmela-Aro & Näätäinen 2005, Korppas 2007, Salmela-Aro ym 2008.) Salmela-Aron tutkimuksen (Suomen Akatemia 2009) mukaan viidennes suomalaisista lukiolaistyöistä kärsii koulu-uupumuksesta. Eniten uupumusta on menestymistä hakevilla lukiolaistyöillä. (Suomen Akatemia 2009.) Hyvään koulumenestykseen pyrkivien lukiolaistyttöjen riittämättömyyden tunteet lisääntyvätkin usein lukiossa. Lukioon siirtyneillä pojilla puolestaan lisääntyy kyyninen, negatiivinen suhtautuminen kouluun (Salmela-Aron & Näätäisen 2005). Karvosen ym. (2005) tutkimuksesta ilmenee, että parhaiten koulussa menestyvät oppilaat ovat erityisen alttiita huonolle psykososiaaliselle terveydelle. Onkin huomioitava, että myös koulussa keskiarvon perusteella hyvin menestyvillä ja hiljaa oirehtivilla tytöillä voi olla uupumusta ja masentuneisuutta.

Salmela-Aron ym. (2008) tutkimuksen mukaan lukiolaisten koulu-uupumuksella on yhteys koulun ilmapiiriin: mitä negatiivisemmaksi lukiolaiset kokevat koulun ilmapiirin, sitä enemmän he kärsivät koulu-uupumuksesta. Opetajilta saadulla tuella ja motivoinnilla on

negatiivinen yhteys lukiolaisten koulu-uupumukseen. Opettajilta saatava psyykkinen tuki suojelee lukiolaisia koulu-uupumukselta. Myös Samdalin (1998) ja Karvosen ym. (2005) tutkimuksista käy ilmi opettajilta saatavan tuen merkitys: Samdalin (1998) tutkimuksen mukaan opettajilta saatu tuki ennustaa opiskelijoiden subjektiivista hyvinvointia. Karvosen ym. (2005) mukaan huonot suhteet opettajiin ovat yhteydessä opiskelijoiden terveysongelmiin. Samdalin (1998) ja Karvosen (2005) tutkimusten mukaan opiskelijoiden hyvinvointia ennustavat myös opettajien asettamat sopivat odotukset opiskelijoiden koulutyöstä. Opiskelijoiden kokemiin terveysongelmiin olivat yhteydessä sekä liian suuret että liian vähäiset opiskelijoiden koulutyöhön kohdistuvat vaatimukset (Karvonen ym. 2005). Virtanen ym. (2009) tuovat esiin myös opettajien ja koulun muun henkilökunnan keskinäisen työilmapiirin vaikutuksen oppilaiden hyvinvointiin. He ovat tutkineet peruskoulun 8. ja 9. luokan oppilaita sekä lukion 1. ja 2. vuosikurssin opiskelijoita. Tutkimuksen mukaan sellaisissa kouluissa, joissa opettajien työilmapiiri oli huono, oppilailta oli 14 % todennäköisemmin masennusoireilua kuin hyvän työilmapiirin kouluissa. (Virtanen ym. 2009.) Koulun henkinen ilmapiiri muodostuu monista tekijöistä. Sitä muovaavat esimerkiksi opiskelijoiden keskinäiset suhteet, opiskelijoiden ja opettajien väliset suhteet, opettajien keskinäiset suhteet sekä opettajien ja muun henkilökunnan väliset suhteet. Huono ilmapiiri heijastuu koulussa opiskelijoiden masentuneisuutena ja uupumuksena (Luopa ym. 2006, Salmela-Aro ym. 2008, Virtanen ym. 2009).

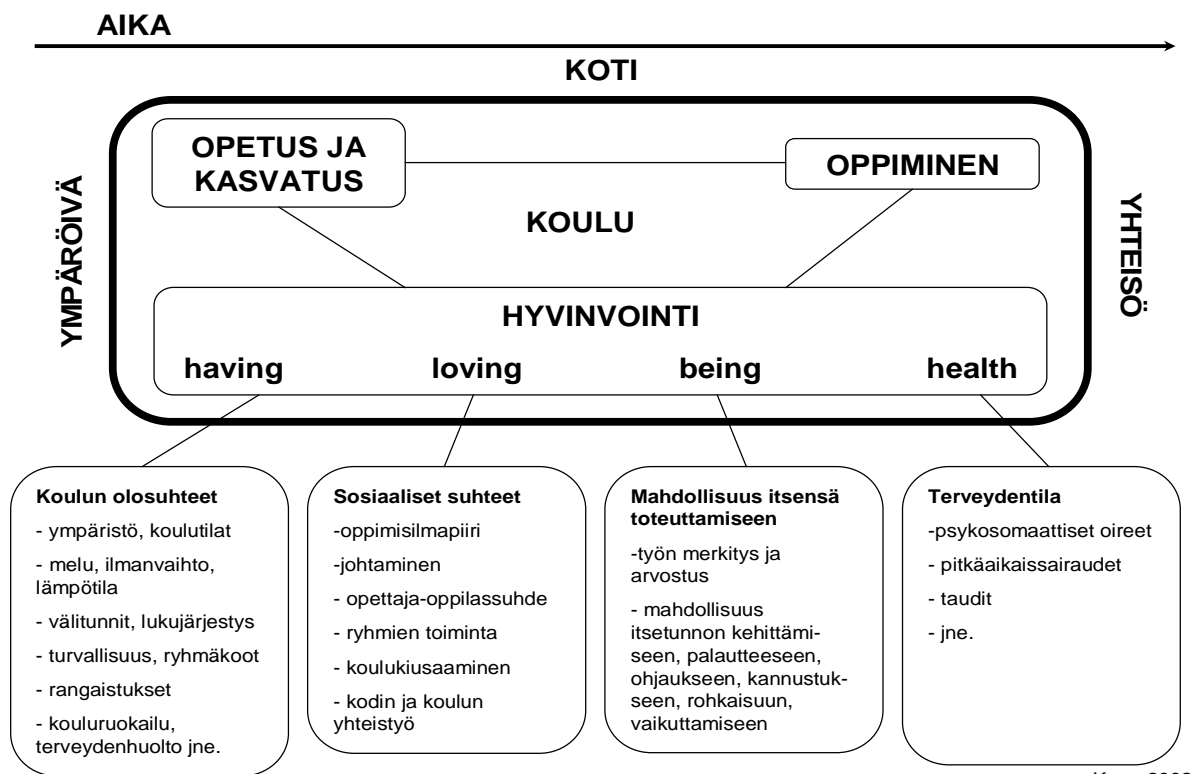
Koulu-uupumuksen yhteys masennukseen on ilmeinen (Suomen akatemia 2009). Opiskelu tuottaa lukiolaisille stressiä ja uupumusta, joista selviämiseen toisilta ihmisiltä saatava sosiaalinen tuki on tärkeää. Monille lukiolaisille on kuitenkin tyypillistä yksinäisyys ja sosiaalisen tuen puute (Opetushallitus 2005, Olkinuora 2007). Ojajärven (2003) mukaan keskivaikeaa ja vaikeaa masennusta sairastavat lukiolaiset kokevat yleisesti sosiaalisen tuen heikommaksi kuin muut lukiolaiset. He kokevat, etteivät saa apua koulunkäynnin ongelmiin yhtä paljon kuin muut opiskelijat (Ojajärvi 2003, 35–36). Masentuneisuudesta kärsivillä lukiolaisilla tarve apuun ja tukeen olisi kuitenkin erityisen suuri. Luopan ym. (2006) ja Fröjdin ym. (2008) tutkimuksista ilmenee, että masentuneisuudella on vahva yhteys vaikeuksiin opiskelussa ja heikkoon koulumenestykseen. Riittämätön sosiaalinen tuki yhdistettynä suuriin opiskeluongelmiin ja paineisiin voi edesauttaa lukiolaisen nuoren sairastumista masennukseen.



## 5.2 Terveyden edistäminen lukioissa

Rimpelän (2008, 36) mukaan koulukokemuksilla on jopa perheoloja voimakkaampi yhteys nuorten hyvinvointiin: Myönteiset koulukokemukset voivat vahvistaa hyvinvointia, vaikka kodin tuki olisi heikko. Toisaalta kielteiset koulukokemukset voivat vaarantaa hyvinvoinnin, vaikka koti pyrkisi sitä vahvistamaan. Koulun toiminnalla onkin keskeinen merkitys nuorten terveyden edistämisessä. Koulut ovat paikkoja, jossa nuoret viettävät paljon aikaansa ja käyvät säännöllisesti, mikä luo hyvät lähtökohdat nuorten terveyden edistämiseksi. Esimerkiksi muutoksilla koulun fyysisessä tai sosiaalisessa ympäristössä voi olla vaikutusta opiskelijoiden terveyteen. (Parcel ym. 2000, 88–89.)

Konu (2002, 44) jakaa kouluhyvinvoinnin oppilaiden näkökulmasta neljään osa-alueeseen: olosuhteet, sosiaaliset suhteet, itsensä toteuttamisen mahdollisuudet ja terveydentila. (Kuvio 1.) Olosuhteisiin sisältyvät koulun fyysiset ja organisatoriset olot sekä palvelut, esimerkiksi kouluruokailu ja opiskelijahuollon erityispalvelut. Sosiaaliset suhteet jaetaan opiskelijoiden keskinäisiin suhteisiin, opettajien ja opiskelijoiden välisiin suhteisiin sekä kotien ja koulun välisiin suhteisiin. Itsensä toteuttaminen liittyy opiskelijan mahdollisuuksiin opiskella kykyjensä mukaisesti saaden palautetta, kannustusta ja rohkaisua. Terveydentilaan sisältyy esimerkiksi opiskelijan mielenterveys. Tästä Konun (2002) luomasta koulun hyvinvointimallista voidaan havaita, että koulun yhteydet opiskelijoiden hyvinvointiin ovat hyvin moninaisia ja laaja-alaisia, mikä on tärkeää huomioida opiskelijoiden terveyden edistämisen suunnittelussa.



**Kuvio 1.** Koulun hyvinvointimalli (Konu 2002).

Kannaksen (1998, 2002, 412) määrittelemässä koulun terveyden edistämisen osa-alueissa tulevat esiin kaikki Konun (2002) koulun hyvinvointimallin osa-alueet. Kannaksen (1998, 2002, 412) mukaan koulun terveyden edistämisen osa-alueita ovat terveystavoitteiden huomioiminen koulun kehittämistä koskevassa päätöksenteossa, terveyttä edistävän kouluympäristön ja toimintakulttuurin kehittäminen (koulun fyysinen ympäristö sekä koulun eetos, johon kuuluu koulukulttuuriin liittyviä tekijöitä kuten kouluviihtyvyyttä), koulun ja kodin yhteistyö sekä koulun verkostoituminen ympäröivän yhteisön kanssa, koulun terveys- ja hyvinvointipalvelujen kehittäminen, nuorten terveysosaamisen edistäminen terveystieteiden keinoin ja henkilökunnan hyvinvoinnin edistäminen. Tones ja Tilford (1994) liittävät koulun terveyden edistämiseen hyvin samanlaisia asioita kuin Kannas: 1) muodolliseen opetussuunnitelmaan kuuluvan terveystieteiden, 2) piilo-opetussuunnitelmaan kuuluvat terveyttä edistävät asiat, esimerkiksi koulu psyykkisenä ja fyysisenä ympäristönä sekä 3) terveystieteiden palvelut. Myös Välimaan ym. (2008) mukaan koululaisten hyvinvoinnin edistämiseen kuuluvat sellaiset toiminnot, jotka mahdollistavat

hyvien oppimismahdollisuuksien, hyvän psyykkisen ja fyysisen terveyden sekä hyvän sosiaalisen hyvinvoinnin ylläpitämisen ja edistämisen. Välimaa ym. (2008) tuovat esiin terveyden edistämisen näkökulman koulujen opetussuunnitelmien laadinnassa. Opetussuunnitelmat pyrkivät opiskelijoiden kokonaisvaltaisen hyvinvoinnin lisäämiseen ohjaamalla koulun toimintaa tavoitteenaan kouluyhteisön optimaalisen terveyden ja hyvinvoinnin saavuttaminen.

Koulun terveyden edistämisen määritelmistä (Tones & Tilford 1994, Kannas 1998, 2002, Välimaa ym. 2008) tulee esiin terveyden edistämiseen pyrkivän toiminnan monimuotoisuus. Korhosen (1998, 4) mukaan terveyden edistämiseen kouluissa voidaan määritellä kuuluviksi kaikki toiminnat, joilla pyritään oppilaiden ja muiden koulussa työskentelevien sekä koko kouluyhteisön optimaalisen terveyden saavuttamiseen. Terveys ymmärretään laaja-alaisesti ihmisen psyykkisen, fyysisen, sosiaalisen hyvinvoinnin ja toimintakyvyn muodostamana dynaamisena kokonaisuutena.

Koulun opetus- ja terveydenedistämistavoitteita ei ole tarkoituksenmukaista tarkastella erikseen, vaan kouluyhteisöä voidaan pitää jakamattomana kokonaisuutena, jossa yhdistyvät terveys-, hyvinvointi- ja oppimistavoitteet (Rimpelä 2008, 38). Samdal (1998, 54) tuo esiin ajatuksen siitä, että kouluissa opiskelijoiden hyvinvointi on edellytys hyvälle opiskelulle ja oppimiselle. Hyvinvoiva opiskelija pystyy keskittymään täydellisesti opiskeluun ilman, että esimerkiksi liiallinen stressi kuluttaa voimavaroja ja suuntaa huomion opiskelusta toisaalle. Näin ollen opiskelijoiden hyvinvoinnin edistämistä voidaan tarkastella sekä koulutuksellisenä että terveydellisenä päämääränä. Samdal (1998) kuitenkin painottaa, että opiskelijoiden subjektiivinen hyvinvointi on myös tärkeä arvo ja päämäärä itsessään.

### **5.2.1 Terveyskasvatus osana psyykkisen hyvinvoinnin edistämistä**

Rimpelä (2008, 17) tarkastelee koulun terveyden edistämistä ja terveystietoisuutta terveyden lukutaidon- eli terveysosaamisen –käsitteen (health literacy) kautta. Keskeistä terveysosaamisessa on taito vastaanottaa, tulkita ja hyödyntää terveyteen liittyvää tietoa. Terveysosaaminen liittyy siis nuorten monista pääosin ulkoisista lähteistä vastaanottamaan terveystietoon. Rimpelä (2008, 17) laajentaa näkökulman hyvinvointiosaamiseksi, jolloin tiedon sisältö liittyy yleisemmin kaikkeen hyvinvointiin sekä myös nuoren itsestään

vastaanottamaan tietoon. Hyvinvointiosaamiseen liittyy läheisesti hyvinvointioppiminen, joka muodostuu nuoren itsestään ja ulkopuoleltaan vastaanottamasta informaatiosta. Oppiminen ei ole vain yksilöllistä, vaan myös yhteisöt oppivat, joten kouluja voidaan tarkastella oppivina yhteisöinä. Hyvinvointioppiminen muodostuu osaksi sekä yksilöiden että yhteisöjen kehitystä. (Rimpelä 2008, 17.)

Rimpelän (2008) määrittelemä hyvinvointioppiminen on laaja käsite, joka liittyy tiiviisti koulujen terveyden edistämiseen pyrkivään toimintaan. Kannaksen (2002) mukaan lukiolaisten terveyden edistämiseksi koulun rakenteellisten terveyden edellytysten parantamiseen yhdistyy terveysosaamista tukeva terveystieteellinen kasvatustapa, jossa Rimpelän (2008) määrittelemällä hyvinvointioppimisella on erityisen keskeinen rooli.

Lukion terveystieteellinen opetus toteutuu ennen kaikkea terveystieto-oppiaineen opetuksessa, mutta myös muissa oppiaineissa sekä opiskeluterveydenhuollon kontakteissa terveysneuvontana ja koulussa järjestettävänä kampanjoina. (Kannas 2002, 412.) Lukion terveystieteen opetuksessa on vahvasti mukana psyykkisen ja sosiaalisen hyvinvoinnin edistäminen. Kannaksen (1994, 60) mukaan mielenterveyden edistäminen on itsetuntoa tukeva terveystieteen opetuksen päämäärä. Ehkäisevä mielenterveystyö onkin tärkeä osa terveystieteen opetusta. Kannaksen (1994, 2002) mukaan terveystieteen opetuksen arkiterapeuttisen tehtävän eli mielenterveystyön tavoitteena on vahvistaa nuorten terveen kasvun psyykkisiä edellytyksiä. Terveystieteen opetuksen mielenterveyden alueeseen kuuluvat esimerkiksi tavallisimmat psyykkiset ongelmat, ihmissuhteiden merkitys terveydelle, tunteiden tunnistaminen, itsetunto, stressinhallinta, unen ja levon merkitys sekä mielenterveyttä tukevat valinnat. (Kannas 2002, 416–417, Terho 2002, 410.) Kannaksen (1994) mukaan erilaiset sosiaaliset paineet, esimerkiksi kaveripiirin aiheuttamat paineet varhaiseen aikuisiän omaksumiseen, aiheuttavat opiskelijoille kuormitusta ja kuluttavat terveyttä. Terveystieteen opetuksen mielenterveystyöhön kuuluvat keskeisenä osana opiskelijoiden positiivisen minäkuvan luominen ja itsetunnon vahvistaminen sekä koetun kyvykkyyden tunteen lisääminen. Tällaiset opetuksen päämäärät voivat auttaa opiskelijoita sosiaalisten paineiden hallinnassa. (Kannas 1994, 60.)

Terveystieto-oppiaine muodostaa kanavan, jonka kautta voidaan välittää lukiolaisille mielenterveyden edistämiseen liittyviä tietoja. Tarkasteltaessa lukion opetussuunnitelman perusteita (Opetushallitus 2003, 209–213) voidaan havaita, että terveystiedon opetussuunnitelman kuuluu keskeisenä osana psyykkinen terveys. Mielenterveyteen liittyviä

teemoja on esillä kaikkien terveystiedon kurssien sisällöissä. Terveystiedon pakollisen kurssin, Terveiden perusteet (TE1), aihealueisiin sisältyy fyysisen terveyden ohella psyykkiseen ja sosiaaliseen toimintakykyyn liittyviä tekijöitä, esimerkiksi mielenterveys, unen ja levon merkitys, sosiaalinen tuki ja työhyvinvointi. Terveystiedon syventävän kurssin, Nuoret, terveys ja arkielämä (TE2), keskeisiä psyykkiseen hyvinvointiin liittyviä aiheita ovat esimerkiksi nuorten itsetuntemuksen parantaminen ja aikuistumiseen liittyvät asiat. Kurssilla käsitellään muun muassa elämänilon merkitystä, mielenterveyden ylläpitoa ja jaksamista sekä masennuksen ja kriisien kohtaamista. Nuoret, terveys ja arkielämä –kurssilla paneudutaan lisäksi sellaisiin kulttuuriin, psykologisiin ja yhteiskunnallisiin ilmiöihin, joiden kautta voidaan pyrkiä selittämään terveysongelmia. Terveystiedon toisen syventävän kurssin, Terveys ja tutkimus (TE3), sisällöissä painottuvat opiskelijan itsenäisen terveyteen liittyvän tiedonhaun merkitys sekä kyky tulkita ja arvioida tätä tietoa. Lukion terveystiedon opetuksessa (erityisesti TE1 ja TE3) käsitellään myös terveydenhuolto ja hyvinvointipalveluiden käyttöä, mikä antaa opiskelijoille tietoja ja taitoja etsiä apua kohtaamiinsa terveysongelmiin.

Nuorten mielenterveyden edistäminen on mahdollista sisällyttää terveystiedon lisäksi myös muiden oppiaineiden opetukseen. On tärkeää, että koulun kaikessa opetuksessa käytetään sellaisia opetusmenetelmiä, jotka tukevat nuorten psyykkistä hyvinvointia. Kannas (1994, 60–61, 2002, 417) kuvaa arkiterapeuttisella kasvatus- ja viestintäotteella opetusta, jossa opettaja välittää tiedon ja on vuorovaikutuksessa opiskelijoiden kanssa tavalla, jossa korostuvat opettajan hyvät vuorovaikutus- ja ihmissuhdetaidot, kuuntelemisen taito ja kyky empatiaan. Tällainen opetus edellyttää opettajalta psykologista herkkyyttä ymmärtää nuoria. Koulussa harjoitettava terveystieteiden opetus sekä kaikki muu koulun toiminta, joka pyrkii tukemaan opiskelijoiden hyvinvointia, voivat vahvistaa nuorten psyykkistä terveyttä ja siten osaltaan ehkäistä myös masennusta.

### **5.2.2 Opiskelijahuolto lukioissa**

Lukiota koskevassa lainsäädännössä käytetään käsitettä opiskelijahuolto, jolla tarkoitetaan opiskelijan hyvän oppimisen, hyvän fyysisen ja psyykkisen terveyden sekä sosiaalisen hyvinvoinnin edistämistä ja ylläpitämistä sekä niiden edellytyksiä lisäävää toimintaa. Lukiolaissa on opiskelijahuoltoa ja kodin ja oppilaitoksen yhteistyötä koskevia säännöksiä,

joissa korostetaan nuorten kehitykseen liittyvien vaikeuksien ennalta ehkäisemistä ja varhaista puuttumista. (Lukiolaki 629/1998, Sosiaali- ja terveysministeriö 2006.) Rimpelän (2008, 50) mukaan opiskelijahuolto ja kouluhyvinvoinnin edistäminen voidaan ymmärtää samansisältöisiksi käsitteiksi.

Opiskelijahuolto kuuluu lukion opetussuunnitelmaan. Valtakunnalliset opetussuunnitelman perusteet muodostavat pohjan koulujen paikallisille opetussuunnitelmille. Opetushallituksen määrittämissä opetussuunnitelman perusteissa tulevat esiin opiskelijahuollon sekä kodin ja oppilaitoksen yhteistyön keskeiset periaatteet ja opiskelijahuollon tavoitteet. Lukiokoulutuksen paikalliset opetussuunnitelmat on valmisteltava vastaavilta osin yhteistyössä kunnan sosiaali- ja terveystoimen kanssa. Opiskelijahuollon tavoitteena on yhteisöllisen ja yksilöllisen tuen avulla luoda terve ja turvallinen oppimis- ja kouluympäristö, suojata mielenterveyttä, ehkäistä syrjäytymistä ja edistää koulu yhteisön hyvinvointia. Opiskelijahuolto edellyttää moniammatillista yhteistyötä. Sen koordinoimisesta vastaa tavallisesti opiskelijahuoltoryhmä, johon kuuluu yleensä rehtori, opinto-ohjaaja, kuraattori, erityisopettaja, psykologi, terveydenhoitaja, lääkäri, opiskelijakuntien edustajia, vanhempien edustajia ja mahdollisesti myös muiden tahojen asiantuntijoita. Lukion opiskelijahuolto kuuluu kuitenkin viime kädessä kaikille lukion työntekijöille. (Jakonen 2006, 159, Sosiaali- ja terveysministeriö 2006, Välimaa ym. 2008.)

### **5.2.3 Opiskeluterveydenhuolto lukioissa**

Opiskeluterveydenhuolto on osa opiskelijahuoltoa. 1.7.2007 astui voimaan kansanterveyslain uudistettu säännös kouluterveydenhuollosta. Sen mukaan lukiot, jotka aikaisemmin kuuluivat kouluterveydenhuollon piiriin, siirrettiin samaan opiskeluterveydenhuollon kokonaisuuteen muun toisen asteen ja ammattikorkeakoulutuksen kanssa. Kansanterveystyöhön kuuluvana tehtävänä kunnan on ylläpidettävä oppilaitosten opiskelijoille heidän kotipaikastaan riippumatta opiskeluterveydenhuoltoa, johon luetaan opiskelu ympäristön terveellisyyden ja turvallisuuden edistäminen, opiskelijoiden terveyden ja opiskelukyvyn edistäminen, terveyden- ja sairaanhoitopalvelujen, mielenterveyspalvelujen ja suun terveydenhuollon järjestäminen opiskelijoille, sekä omalta osaltaan koko opiskeluyhteisön hyvinvoinnin varmistaminen. (Kansanterveyslaki 14 §, 25.5.2007/626) Lukiolain mukaan (629/1998) mukaan koulutuksen järjestäjän on huolehdittava, että opiskelijalle annetaan tietoa hänen

käytettävissään olevista terveydenhuollon ja sosiaalihuollon palveluista ja hänet ohjataan hakeutumaan näihin palveluihin.

Sosiaali- ja terveysministeriön Opiskeluterveydenhuollon oppaan (2006) mukaan opiskeluterveydenhuolto pyrkii edistämään opiskeluympäristön terveellisyyttä parantamalla fyysisiä opiskeluolosuhteita ja niiden turvallisuutta, edistämällä tukea antavan oppimislampiin syntymistä tukemalla opintojen järjestämistä hyvinvointinäkökohdat huomioiden, tukemalla opiskeluyhteisöjen toimivuutta antamalla niiden käyttöön asiantuntija-apua sekä toimimalla hyvässä yhteistyössä hyvinvoinnin edistämiseksi ja lisäämällä opiskelijoiden yhteisöjen tietoisuutta toimintansa vaikutuksista jäsentensä hyvinvointiin, terveyteen ja opiskelukykyyn. Opiskelijoiden fyysistä, psyykkistä ja sosiaalista terveyttä edistetään lisäämällä opiskelijan elämänhallinnan valmiuksia. Tällöin opiskeluterveydenhuollon toiminta kohdistuu pääosin suoraan opiskelijoihin. Opiskeluterveydenhuolto pyrkii lisäämään opiskelijoiden tietoja ja taitoja terveyden ylläpitämisessä, edistämässä ja itsehoidossa, tukemaan opiskelijoita psyykkisesti ja sosiaalisesti elämänvaiheiden erityistilanteissa, vahvistamaan opiskelijoiden opiskelutaitoja ja kiinnittämään huomiota siihen, että opiskelijoille tarjotaan riittävästi opintojen ohjausta. Keskeisenä tehtävänä pidetään varhaista opiskelijan ongelmiin puuttumista ja asianmukaisiin tuki- ja hoitopalveluihin ohjaamista. Saumaton yhteistyö erikoissairaanhoidon ja tarpeen mukaisten muiden erityispalvelujen toimijoiden kanssa on välttämätöntä. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2006.)

Opiskeluterveydenhuollon tehtäviä tarkasteltaessa voidaan havaita, että toiminta pyrkii lukiolaisten terveyden edistämiseen sekä yksilö- että yhteisölähtöisesti. Tavoitteena on tukea lukiolaisten kokonaisvaltaista hyvinvointia, jossa psyykkisellä hyvinvoinnilla on keskeinen merkitys.

Toimivan opiskeluterveydenhuollon edellytyksenä on määrältään riittävä ja tarpeellisen asiantuntemuksen omaava henkilöstö. Opiskeluterveydenhuollon oppaaseen (2006) on kirjattu suositukset opiskeluterveydenhuollon henkilöstöstä ja sen mitoituksesta: yksi kokopäivätoiminen terveydenhoitaja tulisi olla enintään 600 - 800 opiskelijaa kohti ja kokopäivätoiminen lääkäri 2 500 - 3 000 opiskelijaa kohti. Psykologitoiminnasta ja sosiaalityöstä ei ole sen sijaan annettu valtakunnallisia suosituksia. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2006). On huomioitava, että suositusten mukaiset terveydenhoitajien ja

lääkäreiden henkilöstömäärät toteutuvat kuitenkin vain harvoissa Suomen lukioista (Rimpelä ym. 2009, 76–77).

Lukion opiskelijoiden lähin terveydenhuollon edustaja on terveydenhoitaja. Terveydenhoitajan työ koostuu kolmesta osa-alueesta: yhteisöön kohdistuva ehkäisevä terveydenhuolto, yksilöön kohdistuva työskentely opiskelijoiden parissa ja terveydenhoitajan vastaanotto toiminta. Jokaisessa opiskeluterveydenhuollon toimipisteessä tulee olla lääkäri, joka on terveydenhoitajan konsultoitavissa työpäivän aikana. Tarvittaessa terveydenhoitaja voi ohjata opiskelijoita lääkärin vastaanotolle. Lisäksi opiskeluterveydenhuollossa tulee olla mahdollista muodostaa moniammatillisia tiimejä, joihin kutsutaan asiantuntijoita (esim. psykologit, fysioterapeutit, ravitsemusterapeutit, suuhygienistit, oppilaitospastorit, opinto-ohjaajat, erityisopettajat ja psykiatriset sairaanhoitajat) tapauskohtaisesti. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2006.)

Nuorten mielenterveyshäiriöiden palvelu- ja tutkimusketju kulkee kouluista opiskeluterveydenhuollon kautta nuorisopsykiatriseen erikoissairaanhoidon. Nuorten mielenterveysongelmiin liittyvä osaaminen on siis tärkeää opiskeluterveydenhuollossa. Mielenterveyshäiriöiden hoitaminen on moniammatillista yhteistyötä oppilaitoksen ja kunnan verkostossa. Yhteistyö perusterveydenhuollon, sosiaali- ja koulutoimen ja sairaanhoitopiirien tarjoaman erikoissairaanhoidon kesken on välttämätöntä. (Piha 2004, 378-381, Sosiaali- ja terveysministeriö 2008a.) Mielenterveyslain (14.12.1990/1116) mukaan sairaanhoitopiiriin, terveyskeskusten ja kunnallisen sosiaalihuollon mielenterveyspalvelut on järjestettävä niin, että niistä muodostuu toiminnallinen kokonaisuus.

Perusterveydenhuoltoon kuuluvassa opiskeluterveydenhuollossa pyritään löytämään nuoret, joilla on havaittavissa psyykkistä oireilua ja riski sairastua mielenterveyshäiriöön on jostakin syystä lisääntynyt. Opiskeluterveydenhuollon rooli mielenterveysongelmien hoidossa onkin ongelmien varhainen toteaminen, opiskelijan tukeminen, lievien mielenterveysongelmien hoito ja jatkohoitoon ohjaaminen eli työntekijöiden on osattava arvioida mielenterveyshäiriön vaikeusaste ja suunniteltava sopivat jatkotoimenpiteet. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2006, Sosiaali- ja terveysministeriö 2008a.) Joissakin kunnissa on palkattu lukiolaisia varten koulupsykologeja, jotka osallistuvat lievien mielenterveysongelmien hoitoon. Koulupsykologien työ painottuu yksilölliseen neuvontaan ja psykoterapiaan. Psykologien rooli opiskeluterveydenhuollossa on kahdenlainen:



terveydenhuollon psykologit keskittyvät erityisesti mielenterveyden häiriöiden hoitoon ja ennalta ehkäisyyn, kun taas opintopsykologit paneutuvat opiskelun ongelmiin. Myös koulukuraattorit osallistuvat opiskelijoiden opiskelukykyä ylläpitävään työhön. (Piha 2004, 380, Sosiaali- ja terveysministeriö 2006, Sosiaali- ja terveysministeriö 2008a.) Vakavampiin mielenterveyden häiriöihin sairastuneet opiskelijat ohjataan erikoissairaanhoidon piiriin. Alaikäiset sairastuneet lähetetään nuorisopsykiatrian palveluihin. Nuorisopsykiatrian erikoissairaanhoidon tehtävänä on psykiatristen häiriöiden tutkimus ja diagnostiikka sekä hoidon suunnittelu, toteuttaminen ja seuranta. Kahdeksantoista vuotta täyttäneet nuoret ohjataan opiskeluterveydenhuollosta aikuispsykiatrian palveluihin. (Piha 2004, 387, Sosiaali- ja terveysministeriö 2006.)

#### **5.2.4 Lukioden välinen eriarvoisuus opiskeluterveydenhuollon palveluissa**

Kouluterveyskyselyistä selviää, että lukioden opiskelijoiden kokemuksissa kouluterveydenhuollonpalveluista (opiskeluterveydenhuolto) on alueellisia eroja. Maakunnittaista vaihtelua on lukiolaisten tyytyväisyydessä kouluterveydenhuollon toimivuuteen heidän halutessa keskustella henkilökohtaisista asioista, esimerkiksi masennuksesta. Päijät-Hämeessä 40 % lukion 1. ja 2. vuosikurssin opiskelijoista oli tyytymättömiä kouluterveydenhuollon toimivuuteen. Muissa maakunnissa tyytymättömiä oli 16–28 % lukiolaisista. Lisäksi maakunnittaista vaihtelua on siinä, kokevatko lukiolaiset terveydenhoitajan ja lääkärin vastaanotolle pääsemisen vaikeaksi. (Luopa ym. 2008.)

Nuorille suunnatuissa opiskeluterveydenhuollon palveluissa on havaittu olevan alueellista eriarvoisuutta myös objektiivisilla mittareilla mitattaessa (Pekurinen ym. 2008; Rimpelä ym. 2008; Sosiaali- ja terveysministeriö 2002). Opiskeluterveydenhuollon palveluista ei ole olemassa valtakunnallisesti vahvistettuja ja kunnissa hyväksytyjä laatukriteereitä. Terveyskeskusten väliset erot nuorten ehkäisevissä palveluissa ovat suuria. Opiskeluterveydenhuollolle kohdennetuissa voimavaroissa on suurta vaihtelua ja vain osa terveyskeskuksista valmistelee suositusten mukaiset suunnitelmat opiskelijaterveydenhuoltoon. Esimerkiksi opiskeluterveydenhuollon terveystarkastusten tekemisessä on eroja eri terveyskeskusten välillä ja opiskelijoille suunnatut koulupsykologien ja koulukuraattoreiden palvelut vaihtelevat suuresti eri kunnissa (Sosiaali- ja terveysministeriö 2006, Pekurinen ym. 2008; Rimpelä ym. 2008). Vuoden 2008 lukiokyselyn mukaan kaikissa

Suomen lukioista oli terveydenhoitaja saatavilla. Koululääkäri oli 77 %:ssa lukioista, psykologiapalveluja tarjosi 63 % ja kuraattorin tai muun sosiaalityöntekijän palveluja 58 % lukioista. Opiskeluterveydenhuollon oppaan suosittelema terveydenhoitajan henkilöstömitoitus toteutui vain 37 %:ssa lukioista ja koululääkäriin 11 %:ssa lukioista. (Rimpelä ym. 2009, 76–77.) Suositusten mukaisen terveydenhoitajan tarkastus lukion ensimmäisen vuoden opiskelijoille toteutui vain 48 %:ssa ja lääkärin tarkastus vain 28 %:ssa Suomen lukioista (Rimpelä ym. 2009, 86-87). Rimpelän ym. (2009, 81) mukaan alueelliset erot läänien ja saman läänin sisällä oppilaitosten välillä opiskeluterveydenhuollon henkilöstön saatavuudessa ja palvelujen järjestämisessä kyseenalaistavat opiskelijahuollon palvelujen tasapuolisen saatavuuden asuin- tai opiskelupaikasta riippumatta.

Vuosien 2008–2011 kansallisen sosiaali- ja terveydenhuollon kehittämissuunnitelman (KASTE) keskeisiä päämääriä ovat lasten ja nuorten terveyden ja hyvinvoinnin lisääntyminen, hyvinvointi ja terveyserojen kaventuminen sekä palveluiden laadun, vaikuttavuuden ja saatavuuden parantaminen (Sosiaali- ja terveysministeriö 2008b). Opiskeluterveydenhuollon palveluiden eriarvoisuutta on pyritty vähentämään erilaisin toimin. Esimerkiksi vuonna 2008 Sosiaali- ja terveysministeriön asettama työryhmä laati asetuseräluonnoksen, jonka tarkoituksena on muun muassa parantaa nuorten ehkäisevien terveyspalvelujen suunnitelmallista, tasoltaan yhtenäistä ja väestön tarpeet huomioon ottavaa toteuttamista maan eri osissa ja vähentää näin alueellista ja terveyskeskusten välistä eriarvoista palvelutarjontaa. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2008a, Sosiaali- ja terveysministeriö 2009.)

Opiskeluterveydenhuollon osalta asetuksen päämääränä on varmistaa esimerkiksi, että terveysneuvonta ja terveystarkastukset ovat suunnitelmallisia ja tasoltaan yhtenäisiä. Ensimmäisenä opiskeluvuonna lukiolaisille on järjestettävä terveydenhoitajan suorittama terveystarkastus ja ensimmäisen tai toisen opiskeluvuoden aikana lääkärintarkastus. Opiskeluterveydenhuollon terveysneuvonnan on tuettava ja edistettävä itsenäistymistä, opiskelukykyä, terveellisiä elämäntapoja, hyvää kuntoa ja mielenterveyttä sekä ehkäistävä koulukiusaamista. Asetuksella pyritään siis vahvistamaan terveyden edistämistä, johon kuuluu aina myös mielenterveyden edistäminen. Tämä valtioneuvoston asetus (380 / 2009) tuli voimaan heinäkuussa 2009. Kunnat ovat velvollisia järjestämään asetuksen mukaiset määräaikaisten terveystarkastukset vuoden 2011 alusta lähtien. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2009, Valtioneuvosto 380 / 2009.)

## 6 TUTKIMUKSEN TOTEUTTAMINEN

### 6.1 Tutkimusongelmat

Tässä tutkimuksessa tarkastellaan lukiolaisten masennusoireilun yleisyyttä, koettua avuntarvetta ja opiskeluterveydenhuollon palvelujen käyttöä Uudellamaalla ja Pohjanmaalla. Tutkimuksessa selvitetään, onko lukiolaisten masennusoireilun yleisyydessä ja tyytyväisyydessä opiskeluterveydenhuollon palveluihin ruotsinkielisen ja suomenkielisen kieliryhmän välistä, alueellista ja sukupuolten välistä vaihtelua. Lisäksi tutkimuksessa selvitetään, onko masentuneisuuden vaikeusasteella ja opiskeluterveydenhuollon vastaanottokäyntien määrällä yhteyttä sekä onko masentuneisuuden vuoksi koetulla avun tarpeella ja opiskeluterveydenhuollon vastaanottokäyntien määrällä yhteyttä.

Tutkimuskysymykset:

1. Kuinka yleistä lukiolaisten masentuneisuus on? Miten masentuneisuuden yleisyys vaihtelee kieliryhmän, maakunnan ja sukupuolen suhteen?
2. Ovatko lukiolaiset tyytyväisiä opiskeluterveydenhuollon palveluihin? Miten tyytyväisyys vaihtelee kieliryhmän, maakunnan, sukupuolen ja masentuneisuuden vaikeusasteen suhteen?
3. Miten opiskeluterveydenhuollon terveydenhoitajan ja lääkärin vastaanottokäyntien määrä yhden lukuvuoden aikana vaihtelee masentuneisuuden vaikeusasteen suhteen? Onko vaihtelussa kieliryhmien, maakuntien ja sukupuolten välisiä eroja?
4. Miten opiskeluterveydenhuollon terveydenhoitajan ja lääkärin vastaanottokäyntien määrä vaihtelee masentuneisuuden vuoksi koetun avuntarpeen suhteen? Onko vaihtelussa kieliryhmien, maakuntien ja sukupuolten välisiä eroja?

## 6.2 Tutkimusaineisto

Tutkimuksen aineistona käytettiin kouluterveyskyselyjä vuosilta 2007 ja 2008 (THL 2009). Kouluterveyskyselyssä kootaan valtakunnallisesti yhtenäisellä menetelmällä tietoa nuorten elinoloista, kouluoloista, terveydestä, terveystottumuksista, terveysosaamisesta sekä oppilasmaailman opiskelijahuollosta. Sen tarkoituksena on tukea koululaisten terveyttä ja hyvinvointia edistävää työtä, erityisesti koulujen oppilashuollon ja kouluterveydenhuollon kehittämistä. Kouluterveyskysely tehdään kaikkien peruskoulujen 8. ja 9. luokilla sekä lukioden 1. ja 2. vuosikursseilla ja vuodesta 2008 alkaen kysely on tehty myös ammatillisten oppilaitosten 1. ja 2. vuosikursseilla. Parillisina vuosina kyselyyn osallistuvat Etelä-Suomen, Itä-Suomen ja Lapin läänien kunnat ja parittomina vuosina Länsi-Suomen ja Oulun läänien sekä Ahvenanmaan kunnat. Kyselyyn osallistuvia koululaisia ei valita otantamenetelmällä. Kyseessä on siis kokonaistutkimus. Kouluterveyskyselyyn vastaaminen perustuu vapaaehtoisuuteen. Nykyisin kouluterveyskyselyyn osallistuu noin 80 % peruskoulun 8. ja 9. luokan oppilaista sekä lukion 1. ja 2. vuosikurssin opiskelijoista. (THL 2009.)

Kouluterveyskyselyt toteutetaan opettajan ohjaamina nimettöminä luokkakyselyinä huhtikuun kolmen viimeisen viikon aikana. Kyselyn täyttämiseen oppilailla on aikaa yksi oppitunti. Opettaja sulkee vastatut lomakkeet opiskelijoiden nähden luokka- tai ryhmäkohtaiseen kirjepussiin yhdessä opettajan täyttämän raportin kanssa ja toimittaa kirjepussin oppilaitoksen yhdyshenkilölle. Yhdyshenkilö postittaa kirjepussit tallennusta varten kouluterveyskyselyn aineistokeskukseen Jyväskylään. (THL 2009.)

Tutkimusaineistoon valittiin maakunnittain seuraavien kuntien lukioden oppilaat:

Pohjanmaan maakunta: Isokyrö, Kristiinankaupunki, Kruunupyy, Laihia, Mustasaari, Närpiö, Pietarsaari, Pedersöre, Uusikaarlepyy, Vaasa ja Vöyri-Maksamaa.

Keski-Pohjanmaan maakunta: Kokkola.

Uudenmaan maakunta: Hanko, Kirkkonummi, Lohja, Mäntsälä, Karjaa ja Tammisaari.

Itä-Uudenmaan maakunta: Askola, Lapinjärvi, Loviisa, Porvoo ja Sipoo.

Tässä tutkimuksessa käytettiin vuosien 2007 ja 2008 kouluterveyskyselyjen yhdistettyä aineistoa, koska tarkasteltiin sekä Etelä-Suomen läänin alueella että Länsi-Suomen läänin alueella sijaitsevia kuntia. Tutkimuksen perusjoukon muodostivat Pohjanmaan maakunnan ja Kokkolan lukioden 1. ja 2. vuosikurssin opiskelijat vuonna 2007 sekä Uudenmaan kuntien

(Hanko, Kirkkonummi, Lohja, Mäntsälä, Karjaa ja Tammisaari) ja Itä-Uudenmaan maakunnan lukioden 1. ja 2. vuosikurssin opiskelijat vuonna 2008. Lukion 1. ja 2. vuosikurssin opiskelijoita tarkasteltiin yhtenä kokonaisuutena. Tutkimuksessa viitataan Pohjanmaan maakuntaan ja Kokkolaan *Pohjanmaa*-nimellä ja Uudenmaan ja Itä-Uudenmaan maakuntiin *Uusimaa*-nimellä.

Vastanneita oli yhteensä 4 251 opiskelijaa, joista 2 428 oli suomenkielisten lukioden opiskelijoita ja 1 823 ruotsinkielisten lukioden opiskelijoita. Vastanneista 2 220 oli Uudenmaan lukioden oppilaita ja 2 031 Pohjanmaan lukioden oppilaita. Tyttöjä oli 2 436 ja poikia oli 1 815. (Taulukko 1.)

**Taulukko 1.** Tutkimukseen osallistuneet lukiolaiset sukupuolen, maakunnan ja kieliryhmän mukaan.

Kieli	Pohjanmaa		Uusimaa		Yhteensä
	suomi	ruotsi	suomi	ruotsi	
Tytöt	641	680	719	396	2436
Pojat	474	425	594	322	1815
Yhteensä	1115	1105	1313	718	4251

### 6.3 Tutkimuksen mittarit

Tämän tutkimuksen mittarit ovat osa vuosien 2007 ja 2008 kouluterveyskyselyjä (LIITE 1). Kouluterveyskyselyn kyselylomakkeesta käsiteltiin mielialaan (kysymykset nro 24–35), koettuun avuntarpeeseen (kysymys nro 36), opiskeluterveydenhuollon palveluiden käyttöön (kysymys nro 20) sekä tyytyväisyyteen opiskeluterveydenhuollon palveluihin (kysymys nro 21) liittyviä kysymyksiä.

### Masentuneisuus

Lukiolaisten masennusoireilun esiintyvyyttä tarkasteltiin käyttäen mittarina kouluterveyskyselyyn sisältyvää Beckin lyhyttä mielialakyselyä, joka mittaa vastaajan itse arvioimaa masennusoireilua. Beckin lyhyt mielialakysely on kehitetty Beckin alkuperäisen

pidemmän 21-osaisen mielialakyselyn pohjalta (Beck ym. 1961). Raimo Raitasalo on muokannut Beckin lyhyen mielialakyselyn suomalaisille sopivaan muotoon (ks.; Raitasalo & Notkola 1987, Raitasalo 1995, 2007, Kaltiala-Heino ym. 1999). Tämä mielialakyselyn suomalainen versio on kouluterveyskyselyssä lähes kokonaisuudessaan. Ainoastaan itsetuhoisuuteen liittyvä kysymys on poistettu, minkä vuoksi normaalisti 13-osainen mielialakysely on kouluterveyskyselyssä 12-osainen. Kysymykset ja vastausvaihtoehdot ovat liitteessä (Liite 1, kouluterveyskyselyn kysymykset nro 24–35).

Suomalaisessa versiossa Beckin lyhyestä mielialakyselystä on samat kysymykset kuin Beckin alkuperäisessä lyhyessä kyselyssä (ks. Beck ym. 1974, Beck ym. 1961), mutta alkuperäisiin vastausvaihtoehtoihin on lisätty ensimmäiseksi vaihtoehdoksi positiivista mielialaa kuvaava vastausvaihtoehto. Suomalaisessa versiossa jokaisessa kysymyksessä on viisi vastausvaihtoehtoa. Kysely sisältää kysymyksiä vastaajan mielialasta, suhtautumisesta tulevaisuuteen ja menneisyyteen, tyytyväisyydestä omaan elämään, käsityksistä omasta itsestä, suhtautumisesta vieraisiin ihmisiin, kyvystä päätösten tekoon, väsymyksestä, uupumuksesta, nukkumisesta ja ruokahalusta. (Raitasalo 1995, Raitasalo 2007.) Beckin mielialakysely mittaa vastaajan omaa käsitystä hänen masennusoireistaan. Masennusoireiden esiintyvyyden lisäksi sen avulla voidaan tarkastella masentuneisuuden vaikeusastetta. (Raitasalo 2007.)

Kouluterveyskyselyn sisältämistä Beckin mielialakyselyn suomalaisen version kysymyksistä muodostuu summamuuttuja. Jokaiselle vastaajalle lasketaan yksilöllinen masentuneisuutta osoittava summapistemäärä, jonka avulla voidaan tarkastella yksilön masentuneisuuden voimakkuutta. Summapistemäärä lasketaan niin, että kunkin kysymyksen vastausvaihtoehdot 1 ja 2 saavat arvon 0, vastausvaihtoehto 3 saa arvon 1, vastausvaihtoehto 4 arvon 2 ja vastausvaihtoehto 5 arvon 3. Summapistemäärä vaihtelee välillä 0-36. Masentuneisuuden vaikeusaste luokitellaan siten, että pisteet 0-4 tarkoittavat, että masentuneisuutta *ei* ole tai se on *erittäin lievä*, pisteet 5-7 merkitsevät *lievää* masentuneisuutta, pisteet 8-15 *keskivaikeaa* masentuneisuutta ja yli 15 menevät pisteet kertovat *vaikeasta* masentuneisuudesta. (Raitasalo 2007, 61.)

Tässä tutkimuksessa masentuneisuutta tarkasteltiin kaksiluokkaisena muuttujana. Masentuneisuusmuuttuja luokiteltiin niin, että *ei* ja *lievä* masentuneisuus yhdistettiin yhdeksi luokaksi ja *keskivaikea* ja *vaikea* masentuneisuus yhdistettiin yhdeksi luokaksi. Perusteena

muuttujan luokitteluun kaksiluokkaiseksi on se, että tarkasteltaessa masentuneisuutta neljäluokkaisella muuttujalla tapausmäärät muuttujan luokissa ovat pieniä, mikä vaikeutti tilastollisten analyysien tekemistä. Tällaista kaksiluokkaista masentuneisuusmuuttujaa (*ei/lievä masentuneisuus – keskivaikea/vaikea masentuneisuus*) on käytetty useissa muissakin kouluterveyskyselyaineistoon pohjautuvissa tutkimuksissa (esim. Luopa ym. 2006, Ellonen 2008).

### **Opiskeluterveydenhuollon palvelut ja koettu avuntarve**

Tyytyväisyyttä opiskeluterveydenhuollon palveluihin tarkasteltiin kouluterveyskyselyn kysymyksen 21 (*Kuinka hyvin koulusi terveydenhuolto toimii silloin, kun oppilaat haluavat keskustella henkilökohtaisista asioistaan (esim. seksi, masennus)?*) avulla. Vastausvaihtoehdot olivat *erittäin tyytyväinen, melko tyytyväinen, melko tyytymätön ja erittäin tyytymätön*. Muuttuja luokiteltiin uudelleen niin, että vastausvaihtoehdot *melko tyytymätön ja erittäin tyytymätön* yhdistettiin yhdeksi luokaksi (*tyytymätön*). Näin saatiin uusi kolmiluokkainen muuttuja kuvaamaan opiskelijoiden tyytyväisyyttä opiskeluterveydenhuollon palveluihin.

Opiskeluterveydenhuollon palvelujen käyttöä tarkasteltiin kouluterveyskyselyn kysymyksen 20 (*Kuinka monta kertaa olet tämän lukuvuoden aikana käynyt koulusi lääkärin tai terveydenhoitajan vastaanotolla?*) avulla. Vastausvaihtoehdot olivat *en lainkaan, kerran, kaksi kertaa ja 3 kertaa tai useammin*. Muuttuja luokiteltiin uudelleen niin, että vastausvaihtoehdot *kaksi kertaa ja 3 kertaa tai useammin* yhdistettiin yhdeksi luokaksi (*kaksi kertaa tai useammin*). Terveydenhoitajan ja lääkärin vastaanottokäyntejä tarkasteltiin tutkimuksessa erikseen.

Masentuneen mielialan vuoksi koettua avuntarvetta tarkasteltiin kouluterveyskyselyn kysymyksen 36 (*Tuntuuko sinusta, että tarvitset apua masentuneen tai ahdistuneen mielialan takia?*) avulla. Vastausvaihtoehdot olivat *kyllä, en osaa sanoa ja ei*.

## 6.4 Tilastolliset analyysimenetelmät

Tutkimuksessa käytettiin kvantitatiivisia tutkimusmenetelmiä. Tilastolliset analyysit tehtiin SPSS for Windows 17.0-ohjelmalla. Aineiston tilastollisessa analyysissä käytettiin ristiintaulukointia, joka mahdollistaa ryhmien välisen vertaamiseen. Ristiintaulukoissa esitetään frekvenssi- ja prosenttijakaumat. Ristiintaulukoinnin avulla tutkittiin masentuneisuus-, koettu avuntarve-, opiskeluterveydenhuollon palveluihin tyytyväisyys- sekä terveydenhoitajan ja lääkärin vastaanottokäynti -muuttujien jakaumien eroja taustamuuttujien eli kieliryhmien, maakuntien ja sukupuolten suhteen. Taulukoinnin avulla pyrittiin havaitsemaan mahdollisia yhteyksiä kahden muuttujan välillä. Muuttujien välistä tilastollista merkitsevyyttä tarkasteltiin  $\chi^2$ -riippumattomuustestillä, joka mittaa kahden muuttujan välistä riippumattomuutta (Metsämuuronen 2006, 351). Tässä tutkimuksessa käytettiin 5 % merkitsevyytensä eli tulosta voitiin pitää tilastollisesti merkitsevä, kun p-arvo oli pienempi kuin 0,05. Tuloksissa tilastollinen merkitsevyys ilmoitetaan kolmen desimaalin tarkkuudella.

Aineiston analyysissa käytettiin ristiintaulukoinnin lisäksi logistista regressioanalyysia ja multinomiaalista logistista regressioanalyysia. Logistinen regressioanalyysi soveltuu analyysimenetelmäksi erityisesti sellaisissa tutkimusongelmissa, joissa selitettävä vastemuuttuja on kaksiarvoinen luokkamuuttuja. Multinomiaalista logistista regressioanalyysia voidaan käyttää tilanteissa, joissa vastemuuttuja on useampiluokkainen. Logistisessa ja multinomiaalisessa logistisessa regressioanalyysissa tarkastellaan vastemuuttujan kuvaaman tapahtuman sattumisen todennäköisyyttä. (Uhari & Nieminen 2001, 181–184, Garson 2009.) Niiden avulla voidaan pyrkiä löytämään useiden selittävien muuttujien joukosta ne muuttujat, jotka parhaiten selittävät tarkasteltavaa ilmiötä ja siinä tapahtuvaa vaihtelua. Logistinen ja multinomiaalinen logistinen regressioanalyysi soveltuvat ilmiön kannalta oleellisten muuttujien etsimiseen tai teorian kannalta oleellisten muuttujien vaikutuksen tarkasteluun. (Metsämuuronen 2006, 704.)

Logistisen regressioanalyysin avulla tarkasteltiin tutkimuksen taustamuuttujien (kieli, sukupuoli ja maakunta) yhteyttä masentuneisuuteen (dikotominen vastemuuttuja). Multinomiaalisen logistisen regressioanalyysin avulla tarkasteltiin tutkimuksen taustamuuttujien yhteyttä tyytyväisyyteen opiskeluterveydenhuollon palveluihin (kolmiluokkainen vastemuuttuja). Lisäksi tarkasteltiin masentuneisuuden vaikeusasteen,



koetun avuntarpeen sekä taustamuuttujien yhteyttä terveydenhoitajan ja koululääkärin vastaanottokäyntien määrään (kolmiluokkaisia vastemuuttujia). Logistisessa ja multinomiaalisessa logistisessa regressioanalyysissä muuttujien vaikutuksen voimakkuutta kuvataan Odds ration (OR) avulla. Referenssiryhmän OR saa arvon yksi. Jos OR on suurempi kuin yksi, vastemuuttujan kuvaaman tapahtuman todennäköisyys on suurempi kuin referenssiryhmässä. (Uhari & Nieminen 2001, 188–189.) OR-luvuille laskettiin 95 %:n luottamusvälit. Mikäli luottamusväli ei sisällä OR-luvun arvoa yksi, tarkasteltavalla tekijällä on referenssiryhmään nähden tilastollisesti merkitsevästi erilainen vaikutus vastetapahtuman todennäköisyyteen. (Uhari & Nieminen 2001, 193.)

Masentuneisuussummamuuttujan sisäistä konsistenssia eli reliabiliteettia mitattiin Cronbachin alfan kertoimella. Metsämuurosen (2006, 531) mukaan alin hyväksyttävä Cronbachin alfan arvo on 0,60. Masentuneisuussummamuuttujan Cronbachin alfa oli 0,85, joten reliabiliteetti oli hyvä.

## 7 TULOKSET

Tutkimuksen tulokset esitetään tutkimuskysymysten mukaan siten, että ensin tarkastellaan lukiolaisten masentuneisuuden esiintyvyyttä maakunnittain, kieliryhmittäin ja sukupuolittain. Toiseksi tarkastellaan lukiolaisten tyytyväisyyttä opiskeluterveydenhuollon toimivuuteen. Kolmas tarkastelu kohdistuu opiskeluterveydenhuollon palvelujen käytön ja masentuneisuuden suhteeseen sekä opiskeluterveydenhuollon palveluiden käytön ja koetun avuntarpeen suhteeseen.

### 7.1 Masentuneisuuden esiintyvyys

Tutkimukseen osallistuneista lukiolaisista 78 % ei kokenut masentuneisuutta, lievää masentuneisuutta koki 11 %, keskivaikeaa masentuneisuutta koki 9 % ja vaikeaa masentuneisuutta koki 2 %. (Liitetaulukko 1.) Tässä tutkimuksessa käytettiin kaksiluokkaista masentuneisuusmuuttujaa (*ei/lievä masentuneisuus – keskivaikea/vaikea masentuneisuus*). Useissa muissakin kouluterveyskyselyaineistoon pohjautuvissa tutkimuksissa (esim. Luopa ym. 2006, Ellonen 2008) masentuneisuutta on tarkasteltu tällä tavalla kaksiluokkaisena muuttujana. Perusteena kaksiluokkaisen muuttujan käyttämiselle oli se, että vaikeaa masentuneisuutta kokevia lukiolaisia oli koko aineistoon suhteutettuna hyvin vähän. Tällaista kaksiluokkaista luokittelua voidaan perustella myös sillä, että Kaltiala-Heinon ym. (1998) mukaan nuoria, jotka saavuttavat Beckin lyhyessä mielialakyselyssä vähintään keskivaikean masentuneisuuden pistemäärän, on syytä tarkastella masentuneisuuden vuoksi erityistä huomiota vaativana, kliinisen masennuksen riskiryhmänä. Lievän masentuneisuuden pistemäärän saaneiden ei sen sijaan katsota kuuluvan kliinisen masennuksen riskiryhmään, koska nuoruusikään kuuluu normaalina osana tietty mielialanvaihtelu ja surumielisyyys.

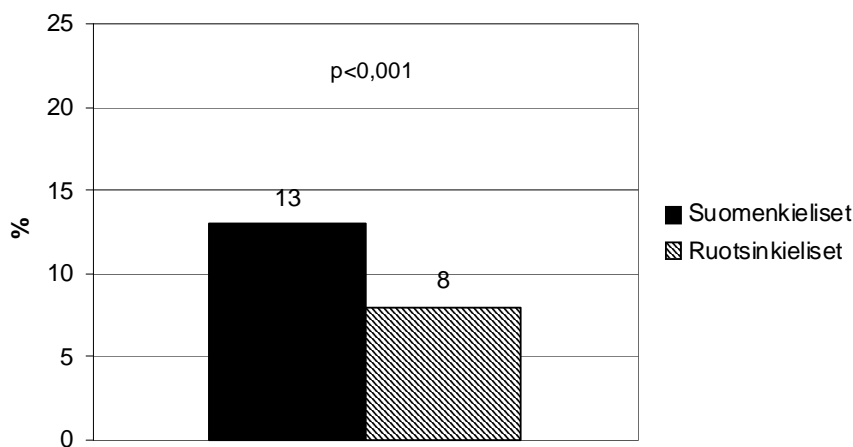
Tutkimusaineistoon kuuluvilla alueilla, Uudellamaalla ja Pohjamaalla, lukiodien opiskelijoista hieman useampi kuin joka kymmenes koki keskivaikeaa tai vaikeaa masentuneisuutta. Uudenmaan ja Pohjanmaan välillä eroja ei ollut. Suomenkielisten lukiolaisten keskuudessa masentuneisuus oli yleisempää kuin ruotsinkielisillä: suomenkielisistä kaksitoista prosenttia koki keskivaikeaa tai vaikeaa masentuneisuudesta, kun taas ruotsinkielisillä vastaava osuus oli yhdeksän prosenttia ( $p=0,004$ ). (Taulukko 2.)

Masentuneisuus oli yleisempää tytöillä kuin pojilla. Tytöistä keskivaikea tai vaikea masentuneisuus tuli esiin kolmellatoista prosentilla ja pojista kahdeksalla prosentilla ( $p < 0,001$ ). (Taulukko 2.) Samansuuntainen tilastollisesti merkitsevä sukupuoliero masentuneisuudessa ilmeni sekä suomen- että ruotsinkielisillä lukiolaisilla ja sekä Uudellamaalla että Pohjanmaalla. (Liitetaulukko 2.)

**Taulukko 2.** Masentuneisuuden (kaksiluokkainen muuttuja) esiintyvyys kieliryhmän, sukupuolen ja maakunnan mukaan, %.

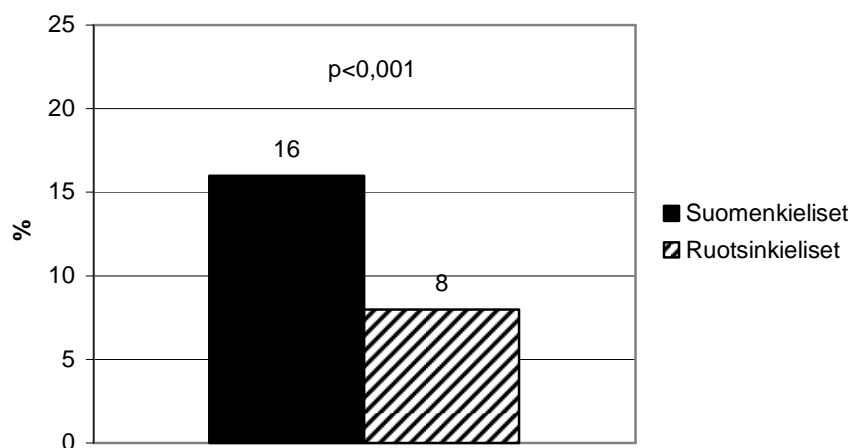
Masentuneisuus	Kaikki %	Suomenkieliset %	Ruotsinkieliset %	Tytöt %	Pojat %	Uusimaa %	Pohjanmaa %
Ei / lievä	89	88	91	87	92	89	89
Keskivaikea / vaikea	11	12	9	13	8	11	11
Yhteensä	100	100	100	100	100	100	100
N	4151	2389	1762	2394	1757	1988	2163
p-arvo		0,004 (Kieliryhmien välillä)		<0,001 (Sukupuolten välillä)		0,399 (Maakuntien välillä)	

Erityisen selvä suomenkielisen ja ruotsinkielisen kieliryhmien välinen ero masennusoireilussa tuli esiin **Uudellamaalla**. Suomenkielisillä lukiolaisilla masentuneisuus oli yleisempää. Uudellamaalla suomenkielisistä lukiolaisista 13 %:lla ja ruotsinkielisistä kahdeksalla prosentilla ( $p < 0,001$ ) oli keskivaikeaa tai vaikeaa masentuneisuutta. (Kuvio 2.) **Pohjanmaalla** kieliryhmien välillä ei ilmennyt tilastollisesti merkitsevää eroa masentuneisuuden esiintyvyydessä. (Liitetaulukko 3.)



**Kuvio 2.** Uudenmaan lukiolaisten keskivaikean / vaikean masentuneisuuden esiintyvyys kieliryhmittäin, %.

Tarkasteltaessa ainoastaan **tyttöjen** masentuneisuuden yleisyyttä kävi ilmi, että **Uudellamaalla** keskivaikea tai vaikea masentuneisuus oli suomenkielisillä lukiolaistytöillä kaksi kertaa yleisempää kuin ruotsinkielisillä tytöillä. Suomenkielisistä lukiolaistytöistä kuusitoista prosenttia ja ruotsinkielisistä lukiolaistytöistä kahdeksan prosenttia ilmoitti keskivaikeaa tai vaikeaa masentuneisuudesta ( $p < 0,001$ ). (Kuvio 3.) **Pohjanmaalla** tyttöjen masentuneisuus oli yhtä yleistä molemmissa kieliryhmissä: keskivaikeaa tai vaikeaa masentuneisuutta ilmoitti 13 %. (Liitetaulukko 4.)



**Kuvio 3.** Uudenmaan lukiolaistyttöjen keskivaikean / vaikean masentuneisuuden esiintyvyys kieliryhmittäin, %.

Lukiolaispoikien masentuneisuudessa ei ilmennyt kieliryhmien välistä tilastollisesti merkitsevää eroa Uudellamaalla eikä Pohjanmaalla. (Liitetaulukko 5.)

Kieliryhmä ja sukupuoli olivat yhteydessä lukiolaisten masentuneisuuteen. Taulukosta 3 nähdään, että lukiolaisilla suomenkielisyys sekä naissukupuoli lisäsivät keskivaikean tai vaikean masentuneisuuden riskiä. Suomenkielisillä keskivaikea tai vaikea masentuneisuus oli lähes puolitoistakertaa todennäköisempi kuin ruotsinkielisillä (OR=1,35, p=0,004). Lukiolaistytöillä todennäköisyys kokea keskivaikeaa tai vaikeaa masentuneisuutta oli lähes kaksinkertainen poikiin nähden (OR=1,7, p<0,001). Maakuntien välillä keskivaikean tai vaikean masentuneisuuden todennäköisyydessä ei ilmennyt tilastollisesti merkitsevää eroa. (Taulukko 3.)

**Taulukko 3.** Keskivaikean tai vaikean masentuneisuuden ja tutkimuksen taustamuuttujien väliset yhteydet. Logistinen regressioanalyysi.

Taustamuuttuja	Ristitulosuhde	95 %:n luottamusväli	Merkitsevyys p-arvo
<b>Sukupuoli</b>			
Poika	1,00		
Tyttö	1,70	1,40 - 2,10	<0,001
<b>Kieli</b>			
Ruotsi	1,00		
Suomi	1,35	1,10-1,66	0,004
<b>Maakunta</b>			
Pohjanmaa	1,00		
Uusimaa	1,07	0,88-1,30	0,503

Referenssiryhmä on merkitty arvolla 1,00

## 7.2 Lukiolaisten tyytyväisyys opiskeluterveydenhuollon toimintaan

Lukiolaisten tyytyväisyyttä opiskeluterveydenhuollon toimintaan heidän halutessaan keskustella henkilökohtaisista asioistaan (esim. seksi ja masennus) tarkastellaan kolmiluokkaisen tyytyväisyysmuuttujan (*erittäin tyytyväinen – melko tyytyväinen – tyytymätön*) avulla. Luvussa 7.2.1 tarkastellaan lukiolaisten tyytyväisyyttä

opiskeluterveydenhuollon toimintaan maakunnittain, kieliryhmittäin ja sukupuolittain. Tämän jälkeen luvussa 7.2.2 tarkastellaan, miten tyytyväisyys vaihteli masentuneisuuden vaikeusasteiden mukaan sekä selvitetään, oliko tässä vaihtelussa eroja maakuntien, kieliryhmien ja sukupuolten välillä. Luvussa 7.2.3 muodostetaan multinomiaalisen logistisen regressioanalyysin avulla yhteenvetona kokonaiskuva tutkimuksen taustamuuttujien yhteyksistä tyytyväisyyteen.

### **7.2.1 Tyytyväisyys maakunnittain, kieliryhmittäin ja sukupuolittain**

Taulukosta 4 nähdään, että vajaa viidennes Uudenmaan ja Pohjanmaan lukiolaisista oli erittäin tyytyväisiä ja reilu viidennes oli tyytymättömiä opiskeluterveydenhuollon toimintaan heidän halutessaan keskustella henkilökohtaisista asioista (esim. seksi, masennus). Maakuntien välillä ilmeni pieni, mutta tilastollisesti merkitsevä ero lukiolaisten tyytyväisyydessä opiskeluterveydenhuoltoon: Pohjanmaan lukiolaiset olivat hiukan tyytyväisempiä kuin Uudenmaan lukiolaiset ( $p=0,039$ ). Tyytyväisyydessä opiskeluterveydenhuollon toimintaan ei ilmennyt tilastollisesti merkitseviä eroja kieliryhmien välillä. Sen sijaan sukupuolten välillä ilmeni eroja. Tytöt ilmaisivat poikia hieman selvemmin olevansa erittäin tyytyväisiä opiskeluterveydenhuoltoon, mutta tytöille oli myös poikia tyypillisempää ilmoittaa olevansa tyytymätön ( $p=0,002$ ). (Taulukko 4.) Samansuuntainen sukupuolten välinen ero tyytyväisyydessä opiskeluterveydenhuoltoon ilmeni sekä Uudellamaalla että Pohjanmaalla. Suomenkielisillä lukiolaisilla tilastollisesti merkitsevää eroa sukupuolten välillä ei havaittu, mutta ruotsinkielisillä lukiolaisilla sukupuoltenvälinen ero sen sijaan ilmeni eli ruotsinkielisille tytöille oli ruotsinkielisiä poikia tyypillisempää olla erittäin tyytyväinen, mutta tytöt ilmoittivat olevansa poikia yleisemmin myös tyytymättömiä opiskeluterveydenhuoltoon ( $p=0,025$ ). (Liitetaulukko 6.)

**Taulukko 4.** Tyytyväisyys opiskeluterveydenhuollon toimintaan lukiolaisten halutessa keskustella henkilökohtaisista asioistaan (esim. seksi, masennus) kieliryhmän, sukupuolen ja maakunnan mukaan, %.

Tyytyväisyys Opiskelutervey- denhuoltoon	Kaikki %	Suomenkieliset %	Ruotsinkieliset %	Tytöt %	Pojat %	Uusimaa %	Pohjanmaa %
Erittäin tyytyväinen	18	19	18	19	17	18	19
Melko tyytyväinen	61	61	61	59	64	60	62
Tyytymätön	21	20	21	22	19	22	19
Yhteensä N	100 4024	100 2330	100 1694	100 2356	100 1668	100 1909	100 2115
p-arvo		0,468 (Kieliryhmien välillä)		0,002 (Sukupuolten välillä)		0,039 (Maakuntien välillä)	

Kun kieliryhmien välisiä eroja tarkasteltiin maakunnittain, tilastollisesti merkitseviä eroja tyytyväisyydessä opiskeluterveydenhuoltoon ei ilmennyt suomenkielisten ja ruotsinkielisten lukiolaisten välillä Uudellamaalla eikä Pohjanmaalla. (Liitetaulukko 7.) Myös sukupuolittain tarkasteltaessa ilmeni, että kummallakaan sukupuolella ei havaittu kieliryhmien välistä tilastollisesti merkitsevää eroa Uudellamaalla eikä Pohjanmaalla. (Liitetaulukko 8. ja 9.)

### 7.2.2 Tyytyväisyys masentuneisuuden vaikeusasteen mukaan

Lukiolaisten tyytyväisyys opiskeluterveydenhuollon toimintaan vaihteli masentuneisuuden vaikeusasteen mukaan ( $p < 0,001$ ). Keskivaikeaa tai vaikeaa masentuneisuutta ilmoittaneet lukiolaiset olivat tyytymättömämpiä opiskeluterveydenhuoltoon kuin korkeintaan lievän masentuneisuuden pistemäärän saaneet. Korkeintaan lievän masentuneisuuden ryhmässä harvempi kuin joka viides lukiolainen oli tyytymätön, kun taas keskivaikeaa tai vaikeaa masentuneisuutta sairastavista 40 % oli tyytymättömiä opiskeluterveydenhuollon toimintaan. (Taulukko 5.)

**Taulukko 5.** Lukiolaisten tyytyväisyys opiskeluterveydenhuollon toimintaan **masentuneisuuden vaikeusasteen** mukaan, %.

Tyytyväisyys opiskeluterveyden- huoltoon	Ei / lievä masentuneisuus %	Keskivaikea / vaikea masentuneisuus %
Erittäin tyytyväinen	19	12
Melko tyytyväinen	63	48
Tyytymätön	18	40
Yhteensä n	100 3536	100 447
p-arvo	<0,001 (Masentuneisuuden vaikeusasteiden välillä)	

Korkeintaan lievän masentuneisuuden pistemäärän saaneista **tytöistä** joka viides ja keskivaikean tai vaikean masentuneisuuden pistemäärän saaneista tytöistä vajaa neljäkymmentä prosenttia oli tyytymättömiä ( $p < 0,001$ ). Korkeintaan lievää masentuneisuutta kokevista **pojista** harvempi kuin joka viides ja keskivaikeaa tai vaikeaa masentuneisuutta kokevista pojista neljäkymmentäviisi prosenttia oli tyytymättömiä ( $p < 0,001$ ). (Taulukko 6.)

Myös tarkasteltaessa lukiolaisia maakunnittain ja kieliryhmittäin tyytymättömyys oli yleisempää keskivaikeaa tai vaikeaa masentuneisuutta kokevilla. (Liitetaulukot 10, 11, 12 ja 13.)



**Taulukko 6.** Lukiolaisten tyytyväisyys opiskeluterveydenhuollon toimintaan masentuneisuuden vaikeusasteen ja sukupuolen mukaan, %.

Tyytyväisyys opiskeluterveyden- huoltoon	Tytöt		Pojat	
	Ei / lievä masentuneisuus %	Keskivaikea / vaikea masentuneisuus %	Ei / lievä masentuneisuus %	Keskivaikea / vaikea masentuneisuus %
Erittäin tyytyväinen	20	13	17	10
Melko tyytyväinen	60	49	66	45
Tyytymätön	20	38	17	45
Yhteensä	100	100	100	100
n	2026	308	1510	139
p-arvo	<0,001 (Masentuneisuuden vaikeusasteiden välillä)		<0,001 (Masentuneisuuden vaikeusasteiden välillä)	

### 7.2.3 Yhteenvedoa tyytyväisyyden yhteyksistä tutkimuksen taustamuuttujiin

Tyytyväisyystulosten yhteenvedona tarkasteltiin tyytyväisyyden opiskeluterveydenhuollon toimintaan ja tutkimuksen taustamuuttujien välisiä yhteyksiä multinomiaalisen logistisen regressioanalyysin avulla. Yhteenvedossa selvitettiin, mitkä tutkimuksen taustamuuttujat olivat yhteydessä todennäköisyyteen valita tyytyväisyysmuuttujan *melko tyytyväinen*- tai *tyytymätön* -vastausvaihtoehdot *erittäin tyytyväinen* -vastausvaihtoehdon sijasta. (Taulukot 7. ja 8.)

Pojille oli tyttöjä 1,3 kertaa todennäköisempää olla melko tyytyväinen kuin erittäin tyytyväinen opiskeluterveydenhuollon toimintaan heidän halutessaan keskustella henkilökohtaisista asioistaan (esim. seksi ja masennus) (OR=1,26, p=0,008). Sen sijaan sukupuolten välillä ei ilmennyt tilastollisesti merkitseviä eroja todennäköisyydessä olla tyytymätön suhteessa erittäin tyytyväiseen. (Taulukot 7. ja 8.)

Uudenmaan lukiolaisille oli 1,3 kertaa Pohjanmaan lukiolaisia todennäköisempää olla tyytymätön kuin erittäin tyytyväinen opiskeluterveydenhuollon toimintaan (OR=1,32,  $p=0,008$ ). Maakuntien välillä ei ilmennyt tilastollisesti merkitseviä eroja todennäköisyydessä olla melko tyytyväinen suhteessa erittäin tyytyväiseen. (Taulukot 7. ja 8.)

Verrattuna korkeintaan lievää masentuneisuutta kokeneisiin keskivaikeaa tai vaikeaa masentuneisuutta kokeneille oli kolme ja puoli kertaa todennäköisempää olla tyytymätön kuin erittäin tyytyväinen opiskeluterveydenhuollon toimintaan (OR=3,51,  $p<0,001$ ). Masennuksen vaikeusasteiden välillä ei ilmennyt tilastollisesti merkitseviä eroja todennäköisyydessä olla melko tyytyväinen suhteessa erittäin tyytyväiseen. (Taulukot 7. ja 8.)

**Taulukko 7.** Opiskeluterveydenhuollon toimintaan tyytyväisyyden (todennäköisyys olla **melko tyytyväinen** vs. erittäin tyytyväinen) ja tutkimuksen taustamuuttujien sekä masentuneisuuden vaikeusasteiden väliset yhteydet. Multinomiaalinen logistinen regressioanalyysi

Taustamuuttuja	Ristitulosuhde	95 %:n luottamusväli	Merkitsevyys p-arvo
<b>Sukupuoli</b>			
Tyttö	1,00		
Poika	1,26	1,06-1,49	0,008
<b>Kieli</b>			
Suomi	1,00		
Ruotsi	1,09	0,92-1,30	0,301
<b>Maakunta</b>			
Uusimaa	1,08	0,91-1,28	0,363
Pohjanmaa	1,00		
<b>Masentuneisuus</b>			
Keskivaikea / vaikea	1,26	0,92-1,72	0,144
Ei / lievä	1,00		
Referenssiryhmä merkitty arvolla 1,00		Vastemuuttuja: melko tyytyväinen vs. erittäin tyytyväinen	

**Taulukko 8.** Opiskeluterveydenhuollon toimintaan tyytyväisyyden (todennäköisyys olla **tyytymätön** vs. erittäin tyytyväinen) ja tutkimuksen taustamuuttujien sekä masentuneisuuden vaikeusasteiden väliset yhteydet. Multinomiaalinen logistinen regressioanalyysi.

Taustamuuttuja	Ristitulosuhde	95 %:n luottamusväli	Merkitsevyys p-arvo
<b>Sukupuoli</b>			
Tyttö	1,00		
Poika	1,05	0,85-1,29	0,660
<b>Kieli</b>			
Suomi	1,00		
Ruotsi	1,21	0,99-1,49	0,069
<b>Maakunta</b>			
Uusimaa	1,32	1,08-1,62	0,008
Pohjanmaa	1,00		
<b>Masentuneisuus</b>			
Keskivaikea / vaikea	3,51	2,54-4,85	<0,001
Ei / lievä	1,00		
Referenssiryhmä merkitty arvolla 1,00		Vastemuuttuja: tyytymätön vs. erittäin tyytyväinen	

### 7.3 Opiskeluterveydenhuollon terveydenhoitajan ja lääkärin vastaanottokäynnit

Terveydenhoitajan ja lääkärin vastaanottokäyntien määriä tarkasteltiin kolmiluokkaisen muuttujan (*ei lainkaan – kerran – kaksi kertaa tai useammin*) avulla. Luvussa 7.3.1 terveydenhoitajan ja lääkärin vastaanottokäyntien määriä tarkastellaan ensin maakunnittain, kieliryhmittäin ja sukupuolittain. Tämän jälkeen luvussa 7.3.2 tarkastellaan, miten vastaanottokäyntien määrät vaihtelivat masentuneisuuden vaikeusasteiden mukaan sekä selvitetään, oliko tässä vaihtelussa eroja maakuntien, kieliryhmien tai sukupuolten välillä.

#### 7.3.1 Vastaanottokäynnit maakunnittain, kieliryhmittäin ja sukupuolittain

Noin joka kolmas lukio-opiskelija ei ollut käynyt lainkaan opiskeluterveydenhuollon **terveydenhoitajan** vastaanotolla lukuvuoden aikana. Reilu kolmannes oli käynyt vastaanotolla kerran ja vajaa kolmannes kaksi kertaa tai useammin. Pohjanmaalla lukiolaisten opiskeluterveydenhuollon terveydenhoitajan vastaanotolla käyminen oli yleisempää kuin

Uudellamaalla ( $p < 0,001$ ). Suomenkielisillä lukiolaisilla terveydenhoitajan vastaanottokäynnit olivat ruotsinkielisiä yleisempiä. Suomenkielisistä noin kolmannes ja ruotsinkielisistä noin neljännes oli käynyt vastaanotolla kaksi kertaa tai useammin. Molempiin kieliryhmiin kuuluvista lukiolaisista noin kolmannes ei ollut käynyt vastaanotolla lainkaan ( $p = 0,004$ ). (Taulukko 9.)

Lukiolaistyöt kävivät terveydenhoitajan vastaanotolla selvästi yleisemmin kuin lukiolaispojat. Lähes puolet pojista ja reilu neljännes tytöistä ei ollut käynyt vastaanotolla lainkaan. Hieman useampi kuin joka kolmas tyttö ja joka viides poika oli käynyt vastaanotolla kaksi kertaa tai useammin ( $p < 0,001$ ). (Taulukko 9.) Sukupuolten välinen tilastollisesti merkitsevä ero terveydenhoitajan vastaanottokäynneissä ilmeni sekä suomenkielisillä että ruotsinkielisillä ja sekä Uudellamaalla että Pohjanmaalla. (Liitetaulukko 14.)

**Taulukko 9.** Opiskeluterveydenhuollon **terveydenhoitajan** vastaanottokäyntien määrä yhden lukuvuoden aikana kieliryhmän, sukupuolen ja maakunnan mukaan, %.

Terveyden- hoitaja vastaanotto	Kaikki %	Suomenkieliset %	Ruotsinkieliset %	Tytöt %	Pojat %	Uusimaa %	Pohjanmaa %
Ei lainkaan	33	33	33	27	42	38	29
Kerran	38	36	40	37	38	36	39
kaksi kertaa tai useammin	29	31	27	36	20	26	32
Yhteensä N	100 4228	100 2415	100 1813	100 2423	100 1805	100 2023	100 2205
p-arvo		0,004 (Kieliryhmien välillä)		<0,001 (Sukupuolten välillä)		<0,001 (Maakuntien välillä)	

Lukiolaiset kävivät opiskeluterveydenhuollon **lääkäriin** vastaanotolla vähemmän kuin terveydenhoitajan vastaanotolla. Lähes kolme neljäsosaa lukiolaisista ei ollut käynyt lääkärin vastaanotolla lainkaan. Joka viides lukiolainen oli käynyt lääkärin vastaanotolla kerran ja harvempi kuin joka kymmenes kaksi kertaa tai useammin. Pohjanmaan lukiolaiset kävivät lääkärin vastaanotolla vähän Uudenmaan lukiolaisia yleisemmin ( $p < 0,001$ ). Maakuntien väliset erot olivat prosenttiosuuksina tarkasteltuna kuitenkin hyvin pieniä. Ruotsinkielisille lukiolaisille oli suomenkielisiä yleisempää käydä lääkärin vastaanotolla. Ruotsinkielisistä

reilu kaksi kolmasosaa ja suomenkielisistä noin kolme neljäsosaa ei ollut käynyt vastaanotolla lainkaan ( $p<0,001$ ). Sukupuolten väliset erot lääkärin vastaanottokäyntien määrissä olivat melko pieniä, mutta kuitenkin tilastollisesti merkitseviä. Tytöistä 73 % ja pojista 72 % ei ollut käynyt vastaanotolla lainkaan. Kaksi kertaa tai useammin oli käynyt 9 % tytöistä ja 7 % pojista ( $p<0,001$ ). (Taulukko 10.)

**Taulukko 10.** Opiskeluterveydenhuollon **lääkärin** vastaanottokäyntien määrä yhden lukuvuoden aikana kieliryhmän, sukupuolen ja maakunnan mukaan, %.

Lääkärin vastaanotto	Kaikki %	Suomenkieliset %	Ruotsinkieliset %	Tytöt %	Pojat %	Uusimaa %	Pohjanmaa %
Ei lainkaan	72	76	67	73	72	73	72
Kerran	20	16	23	18	21	20	18
kaksi kertaa tai useammin	8	8	10	9	7	7	10
Yhteensä	100	100	100	100	100	100	100
N	4209	2404	1805	2412	1805	2015	2194
p-arvo		<0,001 (Kieliryhmien välillä)		<0,001 (Sukupuolten välillä)		<0,001 (Maakuntien välillä)	

Taulukosta 11 nähdään, että sekä Uudellamaalla että Pohjanmaalla kieliryhmien välillä ilmeni tilastollisesti merkitseviä eroja lukiolaisten **terveydenhoitajan** vastaanottokäyntien määrissä. Uudellamaalla suomenkielisistä lukiolaisista 28 % ja ruotsinkielisistä lukiolaisista 23 % oli käynyt terveydenhoitajan vastaanotolla kaksi kertaa tai useammin ( $p=0,046$ ). Pohjanmaalla suomenkielisistä lukiolaisista 35 % ja ruotsinkielisistä lukiolaisista 30 % oli käynyt terveydenhoitajan vastaanotolla kaksi kertaa tai useammin. Pohjanmaalla suomenkielisille lukiolaisille oli kuitenkin myös vähän ruotsinkielisiä yleisempää ilmoittaa, ettei ollut käynyt lainkaan terveydenhoitajan vastaanotolla ( $p=0,007$ ).

**Taulukko 11.** Opiskeluterveydenhuollon **terveydenhoitajan** vastaanottokäyntien määrä yhden lukuvuoden aikana maakunnittain ja kieliryhmittäin, %.

Terveysten- hoitaja vastaanotto	Uusimaa		Pohjanmaa	
	Suomenkieliset %	Ruotsinkieliset %	Suomenkieliset %	Ruotsinkieliset %
Ei lainkaan	37	40	29	28
Kerran	35	37	36	42
Kaksi kertaa tai useammin	28	23	35	30
Yhteensä	100	100	100	100
N	1308	715	1107	1098
p-arvo	0,046 (Kieliryhmien välillä)		0,007 (Kieliryhmien välillä)	

Myös lukiolaisten **lääkärin** vastaanottokäyntien määrissä kieliryhmien väliset tilastollisesti merkitsevät erot ilmenivät sekä Uudellamaalla että Pohjanmaalla. Molemmissa maakunnissa ruotsinkieliset lukiolaiset kävivät lääkärin vastaanotolla suomenkielisiä yleisemmin (Uusimaa  $p < 0,001$ , Pohjanmaa  $p < 0,001$ ). (Taulukko 12.)

**Taulukko 12.** Opiskeluterveydenhuollon **lääkäriin** vastaanottokäyntien määrä yhden lukuvuoden aikana maakunnittain ja kieliryhmittäin, %.

Lääkäriin vastaanotto	Uusimaa		Pohjanmaa	
	Suomenkieliset %	Ruotsinkieliset %	Suomenkieliset %	Ruotsinkieliset %
Ei lainkaan	76	67	76	67
Kerran	18	26	15	22
Kaksi kertaa tai useammin	6	7	9	11
Yhteensä	100	100	100	100
N	1301	714	1103	1091
p-arvo	<0,001 (Kieliryhmien välillä)		<0,001 (Kieliryhmien välillä)	

Lukiolaistytöillä **terveydenhoitajan** vastaanottokäynneissä ilmeni tilastollisesti merkitseviä eroja kieliryhmien välillä sekä Uudellamaalla että Pohjanmaalla. Uudellamaalla suomenkielisillä tytöillä terveydenhoitajan vastaanotolla käyminen oli yleisempää kuin ruotsinkielisillä tytöillä ( $p=0,002$ ). Myös Pohjanmaalla kaksi kertaa tai useammin terveydenhoitajan vastaanotolla käyminen oli yleisempää suomenkielisillä (41 %) kuin ruotsinkielisillä (37 %), mutta myös niiden tyttöjen osuus, jotka eivät olleet käyneet vastaanotolla lainkaan, oli suomenkielisillä (26 %) suurempi kuin ruotsinkielisillä (23 %) ( $p=0,044$ ). (Taulukko 13.)

**Taulukko 13.** Lukiolaistyttöjen opiskeluterveydenhuollon **terveydenhoitajan** vastaanottokäyntien määrä yhden lukuvuoden aikana maakunnittain ja kieliryhmittäin, %.

Terveysten- hoitaja vastaanotto	Uusimaa		Pohjanmaa	
	Suomenkieliset %	Ruotsinkieliset %	Suomenkieliset %	Ruotsinkieliset %
Ei lainkaan	28	32	26	23
Kerran	35	42	33	40
Kaksi kertaa tai useammin	37	26	41	37
Yhteensä	100	100	100	100
n	716	395	637	675
p-arvo	0,002 (Kieliryhmien välillä)		0,044 (Kieliryhmien välillä)	

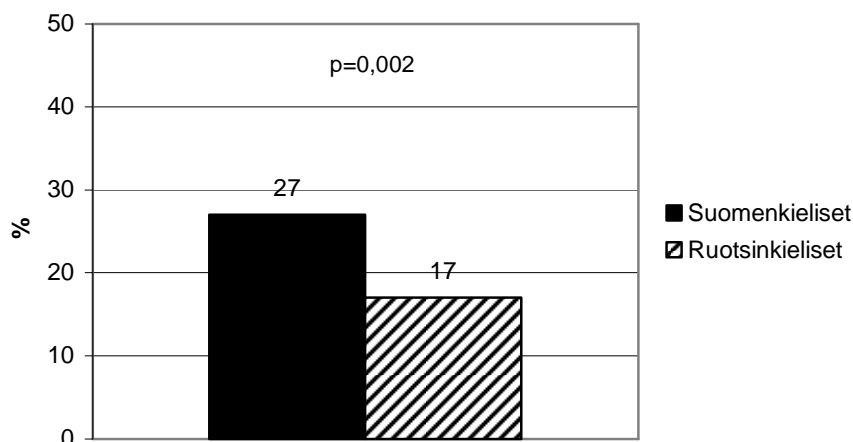
**Tyttöillä** myös **lääkärin** vastaanottokäynneissä ilmeni tilastollisesti merkitseviä eroja kieliryhmien välillä sekä Uudellamaalla että Pohjanmaalla. Molemmissa maakunnissa ruotsinkielisillä tyttöillä lääkärin vastaanotolla käyminen oli yleisempää kuin suomenkielisillä (Uusimaa  $p < 0,001$ , Pohjanmaa  $p < 0,001$ ). (Taulukko 14.)



**Taulukko 14.** Lukiolaistytöjen opiskeluterveydenhuollon **lääkärin** vastaanottokäyntien määrä yhden lukuvuoden aikana maakunnittain ja kieliryhmittäin, %.

Lääkärin vastaanotto	Uusimaa		Pohjanmaa	
	Suomenkieliset %	Ruotsinkieliset %	Suomenkieliset %	Ruotsinkieliset %
Ei lainkaan	80	65	77	65
Kerran	15	27	12	20
Kaksi kertaa tai useammin	5	8	11	15
Yhteensä	100	100	100	100
N	712	393	635	672
p-arvo	<0,001 (Kieliryhmien välillä)		<0,001 (Kieliryhmien välillä)	

**Uudellamaalla** lukiolaispojilla ei ilmennyt kieliryhmien välillä tilastollisesti merkitseviä eroja opiskeluterveydenhuollon **terveydenhoitajan** vastaanottokäyntien määrissä. Sen sijaan **Pohjanmaalla** suomenkielisillä lukiolaispojilla terveydenhoitajan vastaanotolla käyminen oli yleisempää kuin ruotsinkielisillä. Suomenkielisistä lukiolaispojista 27 % ja ruotsinkielisistä 17 % ilmoitti käyneensä vastaanotolla kaksi kertaa tai useammin ( $p=0,002$ ). (Kuvio 4.) (Liitetaulukko 15.)



**Kuvio 4. Kaksi kertaa tai useammin** lukuvuoden aikana opiskeluterveydenhuollon **terveydenhoitajan** vastaanotolla käyneiden **Pohjanmaan** lukiolaispoikien osuudet kieliryhmän mukaan, %.

**Pojilla** ei ilmennyt kieliryhmien välisiä tilastollisesti merkitseviä eroja opiskeluterveydenhuollon **lääkäriin** vastaanottokäyntimäärissä Uudellamaalla eikä Pohjanmaalla. (Liitetaulukko 16.)

### 7.3.2 Vastaanottokäynnit masentuneisuuden vaikeusasteen mukaan

Tarkasteltaessa **terveydenhoitajan** vastaanottokäyntien määriä **masentuneisuuden vaikeusasteen** mukaan havaittiin, että keskivaikean tai vaikean masentuneisuuden pistemäärän saaneilla lukiolaisilla terveydenhoitajan vastaanottokäynnit olivat yleisempiä kuin korkeintaan lievän masentuneisuuden pistemäärän saaneilla ( $p < 0,001$ ). Kolmannes molempiin masentuneisuuden vaikeusasteryhmiin kuuluvista lukiolaisista ei ollut kuitenkaan käynyt terveydenhoitajan vastaanotolla lainkaan. Kaksi kertaa tai useammin vastaanotolla oli käynyt lähes 30 % korkeintaan lievää masentuneisuutta ilmoittaneista lukiolaisista ja lähes 40 % keskivaikeaa tai vaikeaa masentuneisuutta ilmoittaneista lukiolaisista. (Taulukko 15.)

**Taulukko 15.** Lukiolaisten opiskeluterveydenhuollon **terveydenhoitajan** vastaanottokäyntien määrä **masentuneisuuden vaikeusasteen** mukaan, %.

Terveysterveys- hoitaja vastaanotto	Ei / lievä masentuneisuus %	Keskivaikea / vaikea masentuneisuus %
Ei lainkaan	33	33
Kerran	38	30
Kaksi kertaa tai useammin	29	37
Yhteensä (n)	100 3685	100 455
p-arvo	<0,001 (Masentuneisuuden vaikeusasteiden välillä)	

Masentuneisuuden vaikeusasteiden välillä ei ilmennyt tilastollisesti merkitsevää eroa **lääkäriin** vastaanottokäyntien määrissä. (Liitetaulukko 17.)

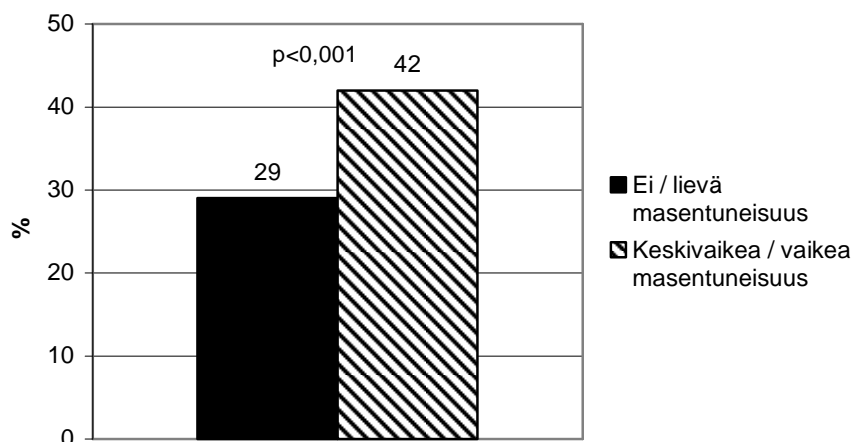
Masentuneisuuden vaikeusasteiden väliset erot **terveydenhoitajan** vastaanottokäyntien määrissä ilmenivät molemmissa maakunnissa. Keskivaikeaa tai vaikeaa masentuneisuutta kokevilla terveydenhoitajan vastaanotolla käyminen oli yleisempää. Kuitenkin lukiolaisia, jotka eivät olleet käyneet vastaanotolla lainkaan, oli yhtä suuri osuus molemmissa masentuneisuuden vaikeusasteiden ryhmissä (Uusimaa  $p=0,009$ , Pohjanmaa  $p=0,012$ ). (Taulukko 16.)

**Taulukko 16.** Lukiolaisten opiskeluterveydenhuollon **terveydenhoitajan** vastaanottokäyntien määrä masentuneisuuden vaikeusasteen ja maakunnan mukaan, %.

Terveysten- hoitaja vastaanotto	Uusimaa		Pohjanmaa	
	Ei / lievä masentuneisuus %	Keskivaikea / vaikea masentuneisuus %	Ei / lievä masentuneisuus %	Keskivaikea / vaikea masentuneisuus %
Ei lainkaan	38	38	29	29
Kerran	37	29	40	31
Kaksi kertaa tai useammin	25	33	31	40
Yhteensä (n)	100 1755	100 227	100 1930	100 228
p-arvo	0,009 (Masentuneisuuden vaikeusasteiden välillä)		0,012 (Masentuneisuuden vaikeusasteiden välillä)	

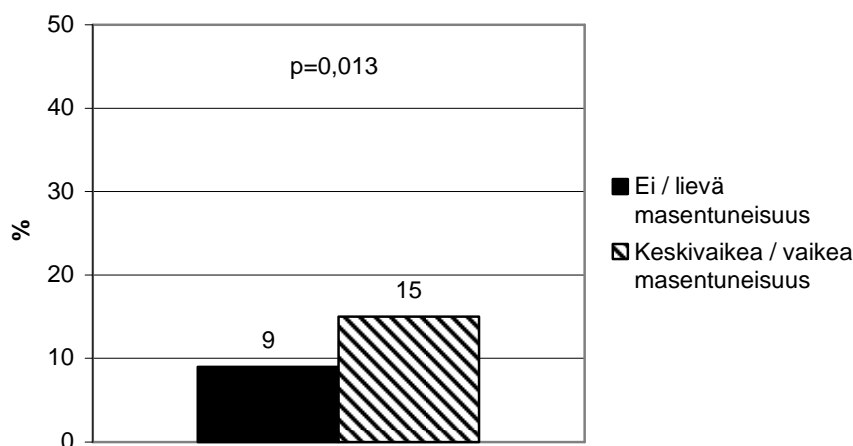
Opiskeluterveydenhuollon **lääkäriin** vastaanottokäyntien määrissä ei ilmennyt masentuneisuuden vaikeusasteiden välisiä eroja kummassakaan maakunnassa (Uusimaa ja Pohjanmaa). (Liitetaulukko 18.)

Ainoastaan **suomenkielisillä** lukiolaisilla ilmeni tilastollisesti merkitsevä ero masentuneisuuden vaikeusasteiden välillä **terveydenhoitajan** vastaanottokäyntien määrissä. (Kuvio 5.) Keskivaikeaa tai vaikeaa masentuneisuutta ilmoittaneet kävivät terveydenhoitajan vastaanotolla yleisemmin ( $p < 0,001$ ). **Ruotsinkielisillä** lukiolaisilla ei ilmennyt tilastollisesti merkitseviä eroja masentuneisuuden vaikeusasteiden välillä terveydenhoitajan vastaanottokäyntimäärissä. (Liitetaulukko 19.)



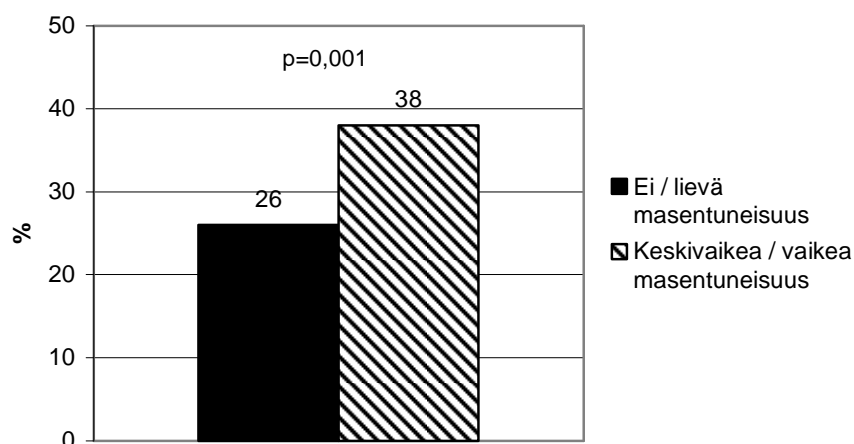
**Kuvio 5. Kaksi kertaa tai useammin** lukuvuoden aikana opiskeluterveydenhuollon **terveydenhoitajan** vastaanotolla käyneiden **suomenkielisten** lukiolaisten osuudet masentuneisuuden vaikeusasteen mukaan, %.

Ainoastaan **ruotsinkielisillä** lukiolaisilla ilmeni tilastollisesti merkitsevä masentuneisuuden vaikeusasteiden välinen ero **lääkärin** vastaanottokäyntien määrissä. Keskivaikean tai vaikean masentuneisuuden pistemäärän saaneet ilmoittivat käyneensä lääkärin vastaanotolla yleisemmin ( $p=0,013$ ). (Kuvio 6.) **Suomenkielisillä** lukiolaisilla ei sen sijaan ilmennyt tilastollisesti merkitseviä eroja lääkärin vastaanottokäyntimäärissä masentuneisuuden vaikeusasteen mukaan. (Liitetaulukko 20.)



**Kuvio 6. Kaksi kertaa tai useammin** lukuvuoden aikana opiskeluterveydenhuollon **lääkärin** vastaanotolla käyneiden **ruotsinkielisten** lukiolaisten osuudet masentuneisuuden vaikeusasteen mukaan, %.

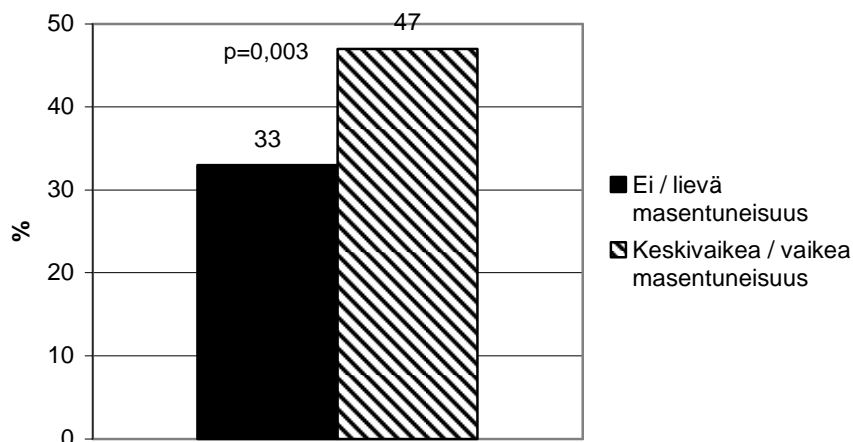
**Uudellamaalla** ainoastaan **suomenkielisillä** lukiolaisilla ilmeni tilastollisesti merkitseviä eroja masentuneisuuden vaikeusasteiden välillä opiskeluterveydenhuollon **terveydenhoitajan** vastaanottokäyntien määrissä. (Kuvio 7.) Terveystenhoitajakäynnit olivat yleisempiä keskivaikeaa tai vaikeaa masentuneisuutta ilmoittaneilla ( $p=0,001$ ). **Uudenmaan ruotsinkielisillä** lukiolaisilla ei ilmennyt masentuneisuuden vaikeusasteiden välisiä tilastollisesti merkitseviä eroja terveydenhoitajan vastaanotolla käymisessä. (Liitetaulukko 21.)



**Kuvio 7. Kaksi kertaa tai useammin** lukuvuoden aikana opiskeluterveydenhuollon **terveydenhoitajan** vastaanotolla käyneiden **Uudenmaan suomenkielisten** lukiolaisten osuudet masentuneisuuden vaikeusasteen mukaan, %.

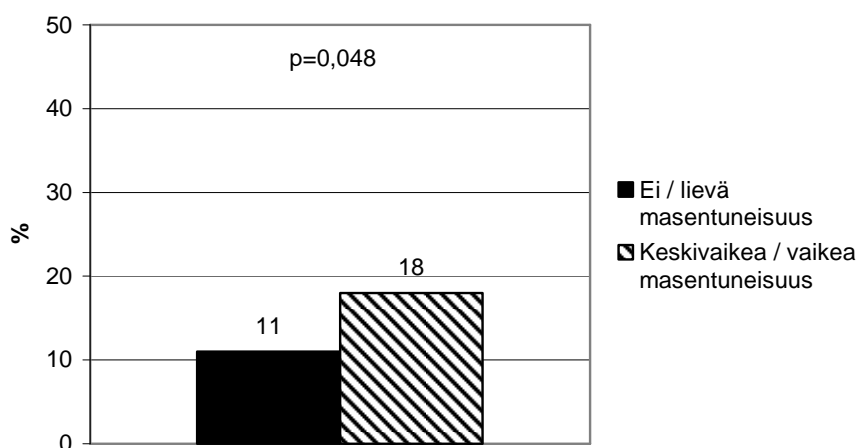
**Uudellamaalla** lukiolaisten masentuneisuuden vaikeusasteiden välisiä eroja **lääkäriin** vastaanottokäyntien määrissä ei ilmennyt kummassakaan kieliryhmässä. (Liitetaulukko 22.)

**Pohjanmaalla** ainoastaan **suomenkielisillä** lukiolaisilla ilmeni tilastollisesti merkitseviä eroja **terveydenhoitajan** vastaanottokäynneissä masentuneisuuden vaikeusasteen mukaan. Keskivaikeaa tai vaikeaa masentuneisuutta kokevilla lukiolaisilla vastaanottokäynnit olivat yleisempiä ( $p=0,003$ ). (Kuvio 8.) Pohjanmaan **ruotsinkielisillä** lukiolaisilla ei ilmennyt masentuneisuuden vaikeusasteiden välisiä tilastollisesti merkitseviä eroja terveydenhoitajan vastaanotolla käymisessä. (Liitetaulukko 23.)



**Kuvio 8. Kaksi kertaa tai useammin** lukuvuoden aikana opiskeluterveydenhuollon **terveydenhoitajan** vastaanotolla käyneiden **Pohjanmaan suomenkielisten** lukiolaisten osuudet masentuneisuuden vaikeusasteen mukaan, %.

**Pohjanmaalla ainoastaan ruotsinkielisillä** lukiolaisilla ilmeni tilastollisesti merkitseviä masentuneisuuden vaikeusasteiden välisiä eroja **lääkärin** vastaanottokäyntien määrissä. Keskivaikean tai vaikean masentuneisuuden pistemäärän saaneet olivat käyneet lääkärin vastaanotolla yleisemmin kuin korkeintaan lievän masentuneisuuden pistemäärän saaneet ( $p=0,048$ ). (Kuvio 9.) Pohjanmaa **suomenkielisillä** lukiolaisilla ei ilmennyt tällaisia masentuneisuuden vaikeusasteen mukaisia eroja. (Liitetaulukko 24.)



**Kuvio 9. Kaksi kertaa tai useammin** lukuvuoden aikana opiskeluterveydenhuollon **lääkärin** vastaanotolla käyneiden **Pohjanmaan ruotsinkielisten** lukiolaisten osuudet masentuneisuuden vaikeusasteen mukaan, %.

Molemmilla sukupuolilla ilmeni tilastollisesti merkitseviä eroja masentuneisuuden vaikeusasteen mukaan opiskeluterveydenhuollon **terveydenhoitajan** vastaanottokäyntien määrissä. Keskivaikean tai vaikean masentuneisuuden pistemäärän saaneille **tytöille** oli korkeintaan lievän masentuneisuuden pistemäärän saaneita tyttöjä yleisempää käydä vastaanotolla kaksi kertaa tai useammin ( $p=0,025$ ). Samoin keskivaikeaa tai vaikea masentuneisuutta kokeville **pojille** oli korkeintaan lievän masentuneisuuden pistemäärän saaneita poikia yleisempää käydä vastaanotolla kaksi kertaa tai useammin. Lisäksi suurempi osuus keskivaikeaa tai vaikeaa masentuneisuutta kokevista pojista (49 %) ei ollut käynyt vastaanotolla lainkaan verrattuna korkeintaan korkeintaan lievää masentuneisuutta kokeviin (42 %) ( $p=0,016$ ). (Taulukko 17.)

**Taulukko 17.** Lukiolaisten opiskeluterveydenhuollon **terveydenhoitajan** vastaanottokäyntien määrä masentuneisuuden vaikeusasteen ja sukupuolen mukaan, %.

Terveysterveys- hoitaja vastaanotto	Työt		Pojat	
	Ei / lievä masentuneisuus %	Keskivaikea / vaikea masentuneisuus %	Ei / lievä masentuneisuus %	Keskivaikea / vaikea masentuneisuus %
Ei lainkaan	27	26	42	49
Kerran	38	31	39	27
Kaksi kertaa tai useammin	35	43	19	24
Yhteensä	100	100	100	100
N	2076	312	1609	143
p-arvo	0,025 (Masentuneisuuden vaikeusasteiden välillä)		0,016 (Masentuneisuuden vaikeusasteiden välillä)	

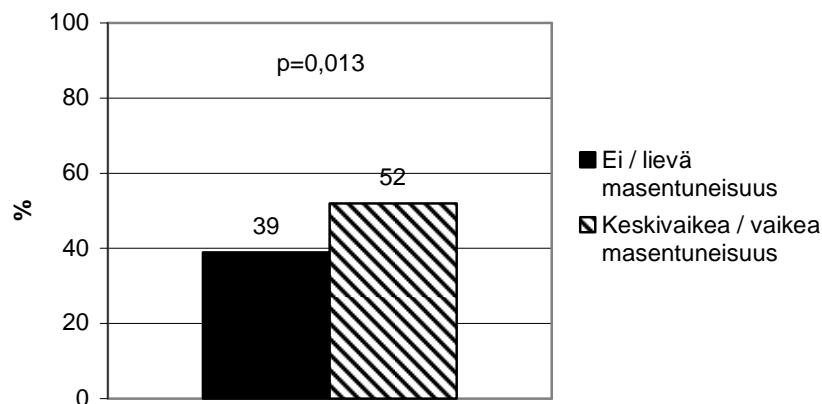
Opiskeluterveydenhuollon **lääkärin** vastaanottokäyntien määrissä kummallakaan sukupuolella ei ilmennyt masentuneisuuden vaikeusasteiden välisiä eroja. (Liitetaulukko 25.)

Tarkasteltaessa **Uudenmaan** lukiolaistyttöjä kieliryhmittäin opiskeluterveydenhuollon **terveydenhoitajan** vastaanottokäyntien määrissä ei ilmennyt masentuneisuuden



vaikeusasteen mukaisia tilastollisesti merkitseviä eroja kummassakaan kieliryhmässä. (Liitetaulukko 26.)

**Pohjanmaan suomenkielisillä** lukiolaistytöillä ilmeni masentuneisuuden vaikeusasteiden välisiä eroja **terveydenhoitajan** vastaanottokäyntien määrissä. (Kuvio 10.) Keskivaikeaa tai vaikeaa masentuneisuutta kokevilla suomenkielisillä lukiolaistytöillä opiskeluterveydenhuollon terveydenhoitajan vastaanottokäynnit olivat yleisempiä kuin korkeintaan lievää masentuneisuutta ilmoittaneilla ( $p=0,013$ ). Pohjanmaan **ruotsinkielisillä** lukiolaistytöillä ei ilmennyt masentuneisuuden vaikeusasteiden välisiä tilastollisesti merkitseviä eroja terveydenhoitajan vastaanotolla käymisessä. (Liitetaulukko 27.)



**Kuvio 10. Kaksi kertaa tai useammin** lukuvuoden aikana opiskeluterveydenhuollon **terveydenhoitajan** vastaanotolla käyneiden **Pohjanmaan suomenkielisten lukiolaistytöiden** osuudet masentuneisuuden vaikeusasteen mukaan, %.

**Uudenmaan suomenkielisillä** lukiolaispojilla ilmeni masentuneisuuden vaikeusasteiden välisiä tilastollisesti merkitseviä eroja **terveydenhoitajan** vastaanottokäyntimäärissä. Keskivaikeaa tai vaikeaa masentuneisuutta kokevilla terveydenhoitajan vastaanottokäynnit kaksi kertaa tai useammin olivat yleisempiä kuin korkeintaan lievää masentuneisuutta kokevilla, mutta keskivaikeaa tai vaikeaa masentuneisuutta kokeville oli myös tyypillisempää ilmoittaa, ettei ollut käynyt vastaanotolla lainkaan ( $p=0,006$ ). Uudenmaan **ruotsinkielisillä** lukiolaispojilla ei ilmennyt masentuneisuuden vaikeusasteiden välisiä tilastollisesti merkitseviä eroja terveydenhoitajan vastaanottokäyntimäärissä. (Taulukko 18.)

**Taulukko 18. Uudenmaan lukiolaispoikien opiskeluterveydenhuollon terveydenhoitajan vastaanottokäyntien määrä masentuneisuuden vaikeusasteen ja kieliryhmän mukaan, %.**

Terveydenhoitaja vastaanotto	Suomenkieliset		Ruotsinkieliset	
	Ei / lievä masentuneisuus %	Keskivaikea / vaikea masentuneisuus %	Ei / lievä masentuneisuus %	Keskivaikea / vaikea masentuneisuus %
Ei lainkaan	47	54	51	54
Kerran	37	19	31	38
Kaksi kertaa tai useammin	16	27	18	8
Yhteensä (n)	100 524	100 59	100 282	100 24
p-arvo	0,006 (Masentuneisuuden vaikeusasteiden välillä)		0,480 (Masentuneisuuden vaikeusasteiden välillä)	

**Pohjanmaan lukiolaispojilla** masentuneisuuden vaikeusasteiden välillä ei ilmennyt tilastollisesti merkitseviä eroja opiskeluterveydenhuollon **terveydenhoitajan** vastaanottokäyntien määrissä kummassakaan kieliryhmässä. (Liitetaulukko 28.)

#### 7.4 Masentuneisuuden tai ahdistuksen vuoksi koettu avuntarve

Taustatietoina luvussa 7.4.1 tarkastellaan ensin koetun avuntarpeen vaihtelua maakunnan, kieliryhmän, sukupuolen ja masentuneisuuden vaikeusasteen mukaan. Tämän jälkeen luvussa 7.4.2 selvitetään, miten opiskeluterveydenhuollon terveydenhoitajan ja lääkärin vastaanottokäyntien määrä vaihteli koetun avuntarpeen suhteen.

Luvussa 7.4.3 muodostetaan multinomiaalisen logistisen regressioanalyysin avulla yhteenvetona kokonaiskuva terveydenhoitajan ja lääkärin vastaanottokäyntimääriin yhteydessä olevista luvuissa 7.3 ja 7.4.2 esillä olevista tekijöistä (sukupuoli, kieli, maakunta, masentuneisuuden vaikeusaste ja koettu avuntarve).

### 7.4.1 Koettu avuntarve maakunnan, kieliryhmän, sukupuolen ja masentuneisuuden vaikeusasteen mukaan

Koettua avuntarvetta tarkasteltiin kolmiluokkaisen muuttujan (*kyllä - en osaa sanoa - ei*) avulla. Uudenmaan ja Pohjanmaan lukiolaisista viisi prosenttia koki tarvitsevansa apua masentuneen tai ahdistuneen mielialan takia. Lukiolaisista 16 % ei osannut sanoa, tarvitseeko apua ja 79 % ilmoitti, ettei koe tarvitsevansa apua. Koetuessa avuntarpeessa ei ilmennyt tilastollisesti merkitseviä eroja maakuntien eikä kieliryhmien välillä. Lukiolaistytöille oli poikia yleisempää ilmoittaa kokevansa avuntarvetta masentuneen tai ahdistuneen mielialan takia: tytöistä kuusi prosenttia ja pojista kaksi prosenttia koki tarvitsevansa apua ( $p < 0,001$ ). (Taulukko 19.)

**Taulukko 19.** Masentuneen tai ahdistuneen mielialan takia koettu avuntarve kieliryhmän, sukupuolen ja maakunnan mukaan, %.

Koettu avuntarve	Kaikki %	Suomenkieliset %	Ruotsinkieliset %	Tytöt %	Pojat %	Uusimaa %	Pohjanmaa %
Kyllä	5	5	5	6	2	5	5
En osaa sanoa	16	16	17	20	12	17	16
Ei	79	79	78	74	86	78	79
Yhteensä (n)	100 4236	100 2422	100 1814	100 2429	100 1807	100 2029	100 2207
p-arvo		0,444 (Kieliryhmien välillä)		<0,001 (Sukupuolten välillä)		0,599 (Maakuntien välillä)	

Keskivaikean tai vaikean masentuneisuuden pistemäärän saaneet lukiolaiset kokivat tarvitsevansa apua masentuneen tai ahdistuneen mielialan vuoksi enemmän kuin korkeintaan lievää masentuneisuutta ilmoittaneet. Kuitenkin keskivaikeaa tai vaikeaa masentuneisuutta ilmoittaneistakin lukiolaisista vain noin joka neljäs koki tarvitsevansa apua. Vastaava osuus korkeintaan lievää masentuneisuutta ilmoittaneista oli kaksi prosenttia ( $p < 0,001$ ). (Taulukko 20.) Samansuuntaisia tilastollisesti merkitseviä masentuneisuuden vaikeusasteiden välisiä

eroja avuntarpeessa ilmeni molemmilla kieliryhmillä, molemmilla sukupuolilla ja molemmissa maakunnissa. (Liitetaulukot 29, 30, 31.)

**Taulukko 20.** Masentuneen tai ahdistuneen mielialan takia koettu avuntarve masentuneisuuden vaikeusasteiden mukaan, %.

Koettu avuntarve	Ei / lievä masentuneisuus %	Keskivaikea / vaikea masentuneisuus %
Kyllä	2	26
En osaa sanoa	13	44
Ei	85	30
Yhteensä (n)	100 3690	100 456
p-arvo	<0,001 (Masentuneisuuden vaikeusasteiden välillä)	

**Keskivaikeaa tai vaikeaa masentuneisuutta** ilmoittaneilla lukiolaisilla masentuneen tai ahdistuneen mielialan takia koetussa avuntarpeessa ei ilmennyt eroja maakuntien välillä eikä kieliryhmien välillä. Sen sijaan sukupuolten välillä ilmeni eroja. Noin joka kolmas keskivaikeaa tai vaikeaa masennusta ilmoittanut tyttö ja noin joka viides keskivaikeaa tai vaikeaa masentuneisuutta ilmoittanut poika koki tarvitsevansa apua ( $p < 0,001$ ). (Taulukko 21.)

**Taulukko 21. Keskivaikeasta tai vaikeasta masentuneisuudesta kärsivien lukiolaisten koettu avuntarve kieliryhmittäin, sukupuolittain ja maakunnittain, %.**

Koettu avuntarve	Keskivaikea / vaikea masentuneisuus %	Suomenkieliset %	Ruotsinkieliset %	Tytöt %	Pojat %	Uusimaa %	Pohjanmaa %
Kyllä	26	25	30	31	17	24	30
En osaa sanoa	44	43	45	45	41	45	42
Ei	30	32	25	24	42	31	28
Yhteensä (n)	100 456	100 291	100 165	100 312	100 144	100 227	100 229
p-arvo		0,281 (Kieliryhmien välillä)		<0,001 (Sukupuolten välillä)		0,302 (Maakuntien välillä)	

#### 7.4.2 Opiskeluterveydenhuollon vastaanottokäynnit koetun avuntarpeen mukaan

Lukiolaiset, jotka kokivat tarvitsevansa apua masentuneen tai ahdistuneen mielialan takia, kävivät muita avuntarveryhmiä yleisemmin **terveydenhoitajan** vastaanotolla. Heistä lähes puolet oli käynyt vastaanotolla kaksi kertaa tai useammin. Lukiolaisista, jotka eivät kokeneet tarvitsevansa apua, noin neljännes oli käynyt terveydenhoitajan vastaanotolla kaksi kertaa tai useammin ( $p < 0,001$ ). (Taulukko 22.)

**Taulukko 22.** Opiskeluterveydenhuollon **terveydenhoitajan** vastaanottokäyntien määrä yhden lukuvuoden aikana masentuneen tai ahdistuneen mielialan takia koetun avuntarpeen mukaan, %.

Terveysten- hoitaja vastaanotto	Koettu avuntarve		
	Kyllä	En osaa sanoa	Ei
	%	%	%
Ei lainkaan	23	28	35
Kerran	33	36	38
Kaksi kertaa tai useammin	44	36	27
Yhteensä	100	100	100
n	197	696	3330
p-arvo	<0,001 (Avuntarveryhmien välillä)		

Lukiolaiset, jotka kokivat tarvitsevänsä apua masentuneen tai ahdistuneen mielialan takia, kävivät yleisimmin **lääkärin** vastaanotolla. Lukiolaisille, jotka kokivat tarvitsevänsä apua, oli apua tarvitsemattomiin nähden kaksi kertaa yleisempää ilmoittaa kaksi tai useampia lääkäriin vastaanottokäyntejä ( $p < 0,001$ ). (Taulukko 23.)

**Taulukko 23.** Opiskeluterveydenhuollon **lääkäriin** vastaanottokäyntien määrä yhden lukuvuoden aikana masentuneen tai ahdistuneen mielialan takia koetun avuntarpeen mukaan, %.

Lääkäriin vastaanotto	Koettu avuntarve		
	Kyllä	En osaa sanoa	Ei
	%	%	%
Ei lainkaan	70	69	73
Kerran	16	19	20
Kaksi kertaa tai useammin	14	12	7
Yhteensä	100	100	100
N	197	692	3315
p-arvo	<0,001 (Avuntarveryhmien välillä)		

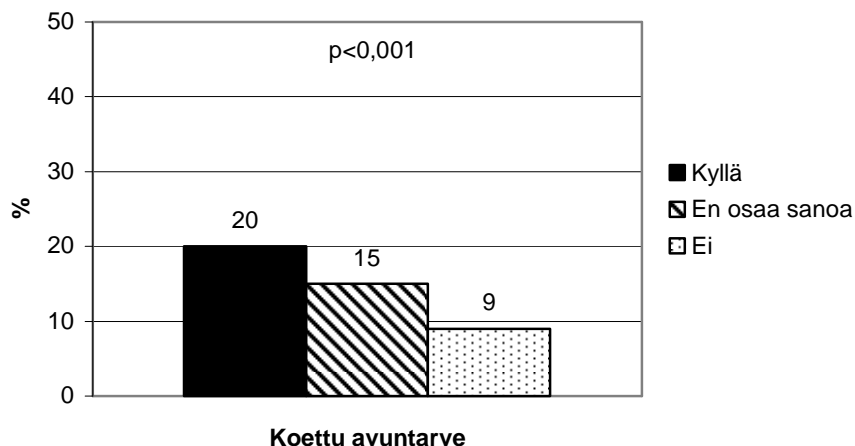
Sekä Uudellamaalla että Pohjanmaalla lukiolaisilla ilmeni tilastollisesti merkitseviä eroja tarkasteltaessa **terveydenhoitajan** vastaanottokäyntimääriä koetun avuntarpeen suhteen. Molemmissa maakunnissa vastaanottokäynnit olivat yleisimpiä niillä lukiolaisilla, jotka kokivat tarvitsevänsä apua (Uusimaa  $p < 0,001$ , Pohjanmaa  $p < 0,001$ ). (Taulukko 24.)

**Taulukko 24.** Opiskeluterveydenhuollon **terveydenhoitajan** vastaanottokäyntien määrä yhden lukuvuoden aikana masentuneen tai ahdistuneen mielialan takia koetun avuntarpeen sekä maakunnan mukaan, %.

Terveyden- hoitaja vastaanotto	Uusimaa			Pohjanmaa		
	Koettu avuntarve			Koettu avuntarve		
	Kyllä %	En osaa sanoa %	Ei %	Kyllä %	En osaa sanoa %	Ei %
Ei lainkaan	20	34	40	25	23	30
Kerran	38	34	36	29	38	40
Kaksi kertaa tai useammin	42	32	24	46	39	30
Yhteensä	100	100	100	100	100	100
n	93	346	1583	104	350	1747
p-arvo	<0,001 (Avuntarveryhmien välillä)			<0,001 (Avuntarveryhmien välillä)		

Ainoastaan **Pohjanmaalla** lukiolaisilla ilmeni tilastollisesti merkitseviä eroja **lääkärin** vastaanottokäyntien määrissä koetun avun tarpeen suhteen. Pohjanmaalla vastaanottokäynnit olivat yleisimpiä niillä lukiolaisilla, jotka kokivat tarvitsevansa apua. Heille oli apua tarvitsemattomiin nähden kaksi kertaa yleisempää ilmoittaa kaksi tai useampia lääkärin vastaanottokäyntejä ( $p < 0,001$ ). (Kuvio 11.) **Uudellamaalla** lukiolaisten lääkärin vastaanottokäyntimäärissä ei ilmennyt avuntarveryhmien välisiä tilastollisesti merkitseviä eroja. (Liitetaulukko 32.)





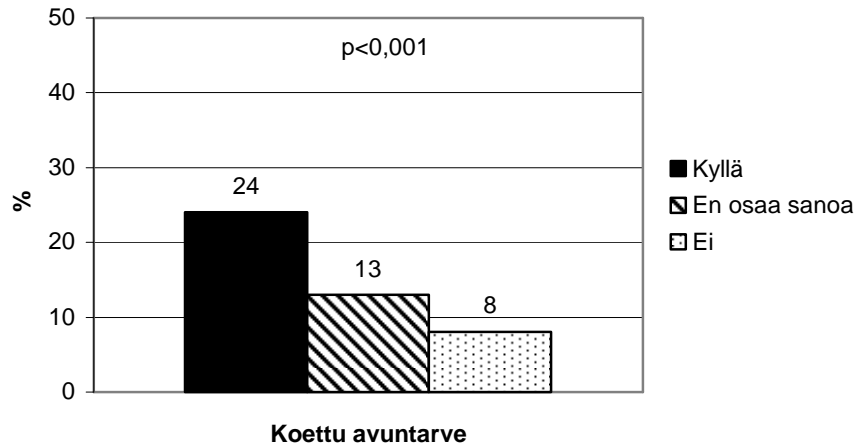
**Kuvio 11. Kaksi kertaa tai useammin** lukuvuoden aikana opiskeluterveydenhuollon **lääkäriin** vastaanotolla käyneiden **Pohjanmaan** lukiolaisten osuudet masentuneen tai ahdistuneen mielialan takia koetun avuntarpeen mukaan, %.

Sekä suomenkielisillä että ruotsinkielisillä lukiolaisilla ilmeni **terveydenhoitajan** vastaanottokäyntien määrissä tilastollisesti merkitseviä eroja masentuneen tai ahdistuneen mielialan takia koetun avuntarpeen suhteen. Molemmissa kieliryhmissä vastaanottokäynnit olivat yleisimpiä niillä lukiolaisilla, jotka kokivat tarvitsevansa apua. Sellaisista **suomenkielisistä** lukiolaisista, jotka kokivat tarvitsevansa apua, lähes puolet oli käynyt terveydenhoitajan vastaanotolla kaksi kertaa tai useammin ( $p<0,001$ ). Apua tarvitsevista **ruotsinkielisistä** lukiolaisista yli neljäkymmentä prosenttia oli käynyt vastaanotolla kaksi kertaa tai useammin ( $p<0,001$ ). (Taulukko 25.)

**Taulukko 25.** Opiskeluterveydenhuollon **terveydenhoitajan** vastaanottokäyntien määrä yhden lukuvuoden aikana masentuneen tai ahdistuneen mielialan takia koetun avuntarpeen sekä kieliryhmän mukaan, %.

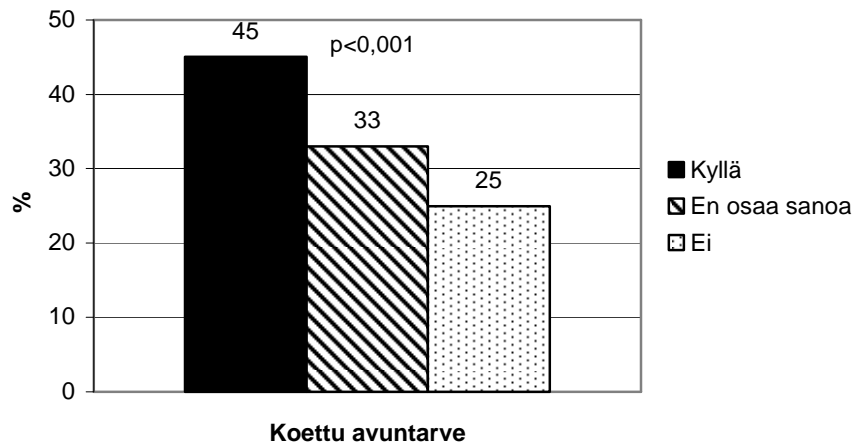
Terveysten- hoitaja vastaanotto	Suomenkieliset			Ruotsinkieliset		
	Koettu avuntarve			Koettu avuntarve		
	Kyllä %	En osaa sanoa %	Ei %	Kyllä %	En osaa sanoa %	Ei %
Ei lainkaan	21	30	35	26	27	35
Kerran	33	33	36	33	40	40
Kaksi kertaa tai useammin	46	37	29	41	33	25
Yhteensä	100	100	100	100	100	100
n	116	383	1913	81	313	1417
p-arvo	<0,001 (Avuntarveryhmien välillä)			<0,001 (Avuntarveryhmien välillä)		

**Lääkärin** vastaanottokäyntien määrissä ainoastaan **ruotsinkielisillä** lukiolaisilla ilmeni tilastollisesti merkitseviä eroja masentuneen tai ahdistuneen mielialan takia koetun avuntarpeen suhteen. Ruotsinkielisillä apua tarvitsevilla lukiolaisilla vastaanottokäynnit kaksi kertaa tai useammin olivat kolme kertaa yleisempiä kuin lukiolaisilla, jotka eivät kokeneet tarvitsevansa apua ( $p < 0,001$ ). (Kuvio 12.) **Suomenkielisillä** lukiolaisilla ei ilmennyt avuntarveryhmien välisiä eroja lääkärin vastaanottokäyntien määrissä. (Liitetaulukko 33.)



**Kuvio 12. Kaksi kertaa tai useammin** lukuvuoden aikana opiskeluterveydenhuollon **lääkäriin** vastaanotolla käyneiden **ruotsinkielisten** lukiolaisten osuudet masentuneen tai ahdistuneen mielialan takia koetun avuntarpeen mukaan, %.

**Uudellamaalla** ainoastaan **suomenkielisillä** lukiolaisilla ilmeni tilastollisesti merkitseviä eroja **terveydenhoitajan** vastaanottokäyntien määrissä suhteessa masentuneen tai ahdistuneen mielialan takia koettuun avuntarpeeseen. Suomenkielisistä lukiolaisista terveydenhoitajan vastaanotolla kävivät yleisimmin ne, jotka kokivat tarvitsevansa apua ( $p<0,001$ ). (Kuvio 13.) Uudenmaan **ruotsinkielisillä** lukiolaisilla ei ilmennyt tilastollisesti merkitseviä eroja tarkasteltaessa terveydenhoitajan vastaanottokäyntien määriä koetun avun tarpeen mukaan. (Liitetaulukko 34.)



**Kuvio 13. Kaksi kertaa tai useammin** lukuvuoden aikana opiskeluterveydenhuollon **terveydenhoitajan** vastaanotolla käyneiden **Uudenmaan suomenkielisten** lukiolaisten osuudet masentuneen tai ahdistuneen mielialan takia koetun avuntarpeen mukaan, %.

**Uudellamaalla** ainoastaan **ruotsinkielisillä** lukiolaisilla ilmeni tilastollisesti merkitseviä eroja **lääkäriin** vastaanottokäyntien määrissä suhteessa masentuneen tai ahdistuneen mielialan takia koettuun avuntarpeeseen. Ruotsinkielisillä apua tarvitsevilla lukiolaisilla kaksi kertaa tai useammin vastaanottokäynnit olivat kolme kertaa yleisempiä kuin lukiolaisilla, jotka eivät kokeneet tarvitsevansa apua. Toisaalta apua tarvitseville ruotsinkielisille lukiolaisille oli myös vähän tyypillisempää ilmoittaa, ettei ollut käynyt lainkaan lääkärin vastaanotolla ( $p=0,049$ ). Uudenmaan **suomenkielisillä** lukiolaisilla ei ilmennyt avuntarveryhmien välisiä eroja lääkärin vastaanottokäyntien määrissä. (Taulukko 26.)

**Taulukko 26. Uudenmaan lukiolaisten opiskeluterveydenhuollon lääkärin vastaanottokäyntien määrä yhden lukuvuoden aikana masentuneen tai ahdistuneen mielialan takia koetun avuntarpeen sekä kieliryhmän mukaan, %.**

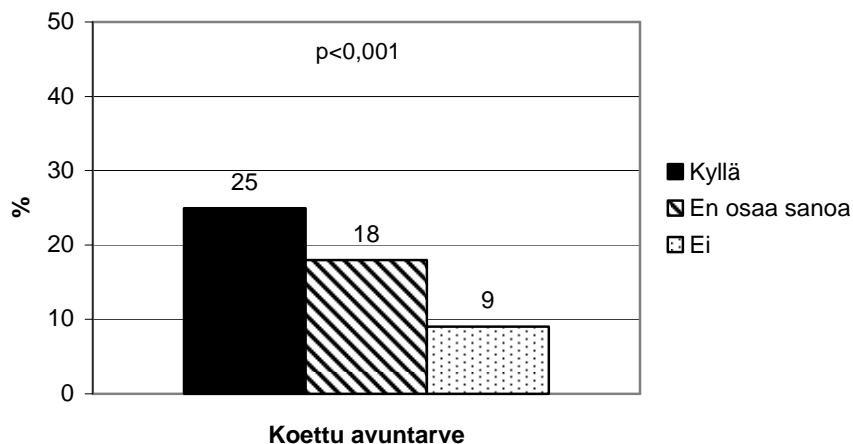
Lääkärin vastaanotto	Suomenkieliset			Ruotsinkieliset		
	Koettu avuntarve			Koettu avuntarve		
	Kyllä %	En osaa sanoa %	Ei %	Kyllä %	En osaa sanoa %	Ei %
Ei lainkaan	75	75	76	71	69	66
Kerran	20	17	18	8	24	27
Kaksi kertaa tai useammin	5	8	6	21	7	7
Yhteensä	100	100	100	100	100	100
N	69	215	1017	24	128	561
p-arvo	0,648 (Avuntarveryhmien välillä)			0,049 (Avuntarveryhmien välillä)		

**Pohjanmaalla** sekä suomen- että ruotsinkielisillä lukiolaisilla ilmeni tilastollisesti merkitseviä eroja tarkasteltaessa **terveydenhoitajan** vastaanottokäyntien määrää suhteessa masentuneen tai ahdistuneen mielialan takia koettuun avuntarpeeseen. Molemmissa kieliryhmissä vastaanottokäynnit olivat yleisimpiä niillä, jotka kokivat tarvitsevansa apua. **Suomenkielisistä** lukiolaisista, jotka kokivat tarvitsevansa apua, noin puolet oli käynyt terveydenhoitajan vastaanotolla kaksi kertaa tai useammin lukuvuoden aikana. Vastaava osuus apua tarvitsemattomista suomenkielisistä lukiolaisista oli kolmannes ( $p=0,012$ ). Pohjanmaan apua tarvitsevistä **ruotsinkielisistä** lukiolaisista vajaa puolet oli käynyt terveydenhoitajan vastaanotolla kaksi kertaa tai useammin. Vastaava osuus apua tarvitsemattomista ruotsinkielisistä lukiolaisista oli noin neljäsosa ( $p=0,009$ ). (Taulukko 27.)

**Taulukko 27. Pohjanmaan lukiolaisten opiskeluterveydenhuollon terveydenhoitajan vastaanottokäyntien määrä yhden lukuvuoden aikana masentuneen tai ahdistuneen mielialan takia koetun avuntarpeen sekä kieliryhmän mukaan, %.**

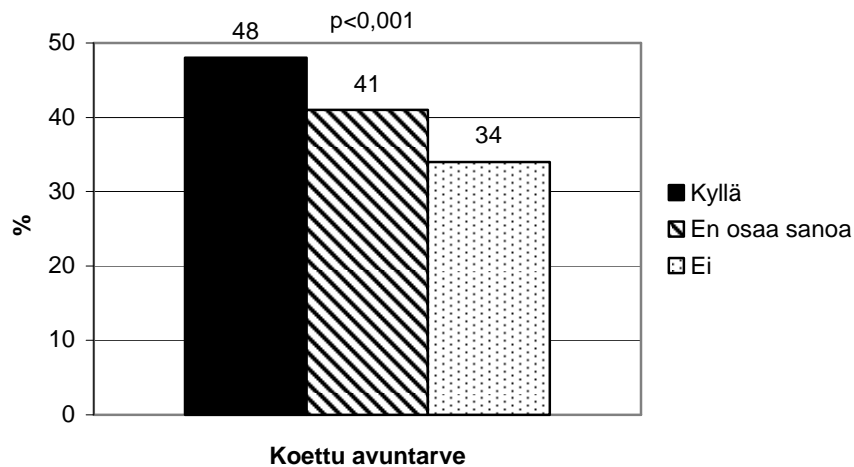
Terveyden- hoitaja vastaanotto	Suomenkieliset			Ruotsinkieliset		
	Koettu avuntarve			Koettu avuntarve		
	Kyllä %	En osaa sanoa %	Ei %	Kyllä %	En osaa sanoa %	Ei %
Ei lainkaan	28	23	30	23	23	30
Kerran	23	34	37	33	41	43
Kaksi kertaa tai useammin	49	43	33	44	36	27
Yhteensä	100	100	100	100	100	100
n	47	166	891	57	184	856
p-arvo	0,012 (Avuntarveryhmien välillä)			0,009 (Avuntarveryhmien välillä)		

**Pohjanmaalla** vain **ruotsinkielisillä** lukiolaisilla ilmeni tilastollisesti merkitseviä eroja tarkasteltaessa **lääkärin** vastaanottokäyntien määrää suhteessa masentuneen tai ahdistuneen mielialan takia koettuun avuntarpeeseen. Apua tarvitsevat lukiolaiset kävivät lääkärin vastaanotolla yleisimmin. Ruotsinkielisillä apua tarvitsevilla lukiolaisilla vastaanottokäynnit kaksi kertaa tai useammin olivat lähes kolme kertaa yleisempiä kuin lukiolaisilla, jotka eivät kokeneet tarvitsevansa apua ( $p < 0,001$ ). (Kuvio 14.) Pohjanmaan **suomenkielisillä** ei ilmennyt avuntarveryhmien välisiä eroja lääkärin vastaanottokäyntien määrissä. (Liitetaulukko 35.)



**Kuvio 14. Kaksi kertaa tai useammin** lukuvuoden aikana opiskeluterveydenhuollon **lääkäriin** vastaanotolla käyneiden **Pohjanmaan ruotsinkielisten** lukiolaisten osuudet masentuneen tai ahdistuneen mielialan takia koetun avuntarpeen mukaan, %.

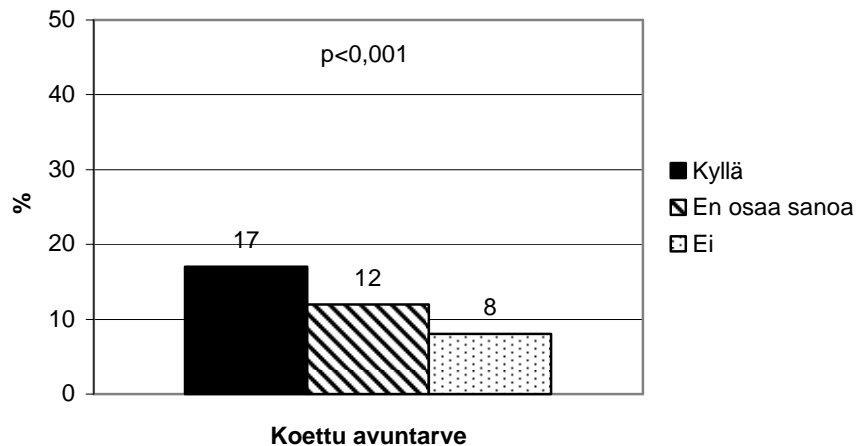
Ainoastaan **tyttöillä** ilmeni tilastollisesti merkitseviä eroja tarkasteltaessa **terveydenhoitajan** vastaanottokäyntien määriä masentuneen tai ahdistuneen mielialan takia koetun avuntarpeen mukaan. Apua tarvitsevat tytöt kävivät muita yleisemmin terveydenhoitajan vastaanotolla. (Kuvio 15.) Heistä noin puolet oli käynyt terveydenhoitajan vastaanotolla lukuvuoden aikana kaksi kertaa tai useammin. Apua tarvitsemattomista tytöistä noin kolmannes oli käynyt vastaanotolla kaksi kertaa tai useammin ( $p < 0,001$ ). Lukiolais**pojilla** ei ilmennyt tilastollisesti merkitseviä eroja terveydenhoitajan vastaanottokäyntien määrissä masentuneen tai ahdistuneen mielialan takia koetun avuntarpeen suhteen. (Liitetaulukko 36.)



**Kuvio 15. Kaksi kertaa tai useammin** lukuvuoden aikana opiskeluterveydenhuollon **terveydenhoitajan** vastaanotolla käyneiden lukiolaistyttöjen osuudet masentuneen tai ahdistuneen mielialan takia koetun avuntarpeen mukaan, %.

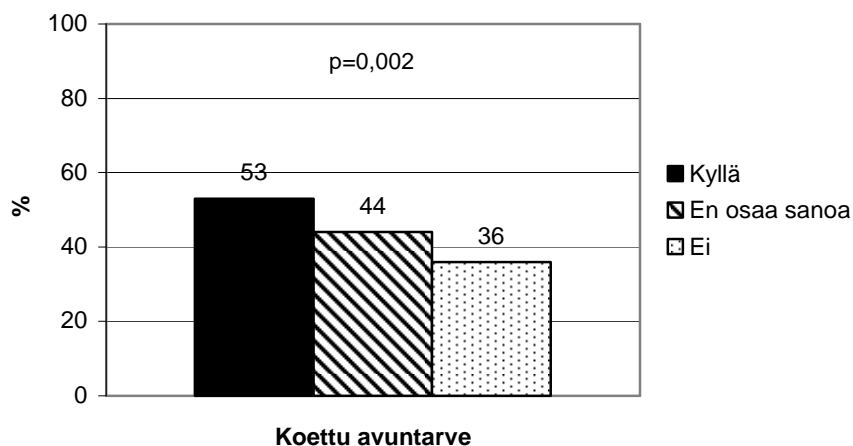
Ainoastaan **tyttöillä** ilmeni tilastollisesti merkitseviä eroja myös **lääkärin** vastaanottokäyntien määrissä suhteessa masentuneen tai ahdistuneen mielialan takia koettuun avuntarpeeseen. Tytöistä ne, jotka kokivat tarvitsevansa apua masentuneen tai ahdistuneen mielialan takia kävivät eniten lääkärin vastaanotolla. Heillä lääkärin vastaanotolla käyminen kaksi kertaa tai useammin oli noin kaksi kertaa yleisempää kuin tytöillä, jotka eivät kokeneet tarvitsevansa apua ( $p=0,001$ ). (Kuvio 16.) **Pojilla** ei ilmennyt avuntarveryhmien välisiä eroja lääkärinvastaanottokäyntien määrissä. (Liitetaulukko 37.)





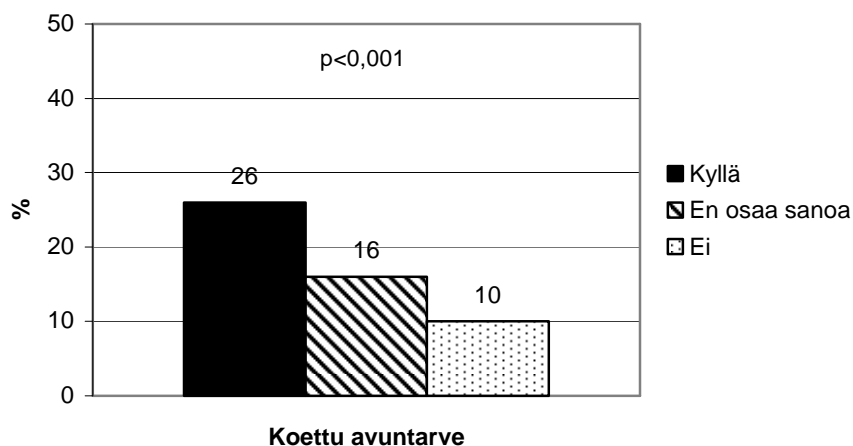
**Kuvio 16. Kaksi kertaa tai useammin** lukuvuoden aikana opiskeluterveydenhuollon **lääkäriin** vastaanotolla käyneiden lukiolaistyttyöjen osuudet masentuneen tai ahdistuneen mielialan takia koetun avuntarpeen mukaan, %.

Lukiolaistyttyöjä tarkasteltaessa havaittiin, että ainoastaan **suomenkielisillä** ilmeni tilastollisesti merkitseviä eroja **terveydenhoitajan** vastaanottokäyntien määrissä suhteessa masentuneen tai ahdistuneen mielialan vuoksi koettuun avuntarpeeseen. Yleisintä vastaanotolla käyminen oli suomenkielisistä tytöistä niillä, jotka kokivat tarvitsevansa apua. Heistä yli puolet oli käynyt terveydenhoitajan vastaanotolla kaksi kertaa tai useammin. ( $p=0,002$ ). (Kuvio 17.) **Ruotsinkielisillä tytöillä** ei ilmennyt tilastollisesti merkitseviä eroja terveydenhoitajan vastaanottokäyntien määrissä masentuneen tai ahdistuneen mielialan takia koetun avuntarpeen suhteen. (Liitetaulukko 38.)



**Kuvio 17. Kaksi kertaa tai useammin** lukuvuoden aikana opiskeluterveydenhuollon **terveydenhoitajan** vastaanotolla käyneiden **suomenkielisten** lukiolaistytöjen osuudet masentuneen tai ahdistuneen mielialan takia koetun avuntarpeen mukaan, %.

Lukiolaistytöjä tarkasteltaessa ilmeni, että ainoastaan **ruotsinkielisillä** oli tilastollisesti merkitseviä eroja **lääkärin** vastaanottokäyntien määrissä suhteessa masentuneen tai ahdistuneen mielialan vuoksi koettuun avuntarpeeseen. Yleisintä vastaanotolla käyminen oli ruotsinkielisistä tytöistä niillä, jotka kokivat tarvitsevansa apua. Heistä hieman useampi kuin joka neljäs oli käynyt lääkärin vastaanotolla kaksi kertaa tai useammin. Vastaava osuus apua tarvitsemattomista tytöistä oli 10 % ( $p < 0,001$ ). (Kuvio 18.) **Suomenkielisillä tytöillä** ei ilmennyt tilastollisesti merkitseviä eroja lääkärin vastaanottokäyntien määrissä masentuneen tai ahdistuneen mielialan takia koetun avuntarpeen suhteen. (Liitetaulukko 39.)



**Kuvio 18. Kaksi kertaa tai useammin** lukuvuoden aikana opiskeluterveydenhuollon **lääkäriin** vastaanotolla käyneiden **ruotsinkielisten** lukiolaistyttyjen osuudet masentuneen tai ahdistuneen mielialan takia koetun avuntarpeen mukaan, %.

Tarkasteltaessa **poikien terveydenhoitajan** vastaanottokäyntien määriä masentuneen tai ahdistuneen mielialan takia koetun avuntarpeen mukaan tilastollisesti merkitseviä eroja ei ilmennyt kummassakaan kieliryhmässä. (Liitetaulukko 40.)

#### 7.4.3 Yhteenvetoa terveydenhoitajan ja lääkärin vastaanottokäyntimäärien yhteyksistä tutkimuksen taustamuuttujiin

Opiskeluterveydenhuollon terveydenhoitajan ja lääkärin vastaanottokäyntimääriin liittyvien tulosten (luvut 7.3 ja 7.4.2) yhteenvetona tarkasteltiin vastaanottokäyntien määrien ja tutkimuksen taustamuuttujien välisiä yhteyksiä multinomiaalisen logistisen regressioanalyysin avulla. Yhteenvedossa selvitettiin, mitkä tutkimuksen taustamuuttujista olivat yhteydessä todennäköisyyteen valita terveydenhoitajan ja lääkärin vastaanottokäyntimääriä kuvaavien muuttujien *ei lainkaan-* tai *kerran-* vastausvaihtoehdot *kaksi kertaa tai useammin-* vastausvaihtoehdon sijasta. (Taulukot 28, 29, 30, 31)

**Terveydenhoitajan** vastaanottokäyntejä tarkasteltaessa ilmeni, että pojille oli lähes kolme kertaa tyttöjä todennäköisempää olla käymättä vastaanotolla lainkaan kuin käydä vastaanotolla kaksi kertaa tai useammin (OR=2,74,  $p < 0,001$ ). Lisäksi pojille oli lähes kaksi

kertaa tyttöjä todennäköisempää käydä terveydenhoitajan vastaanotolla kerran kuin kaksi kertaa tai useammin lukuvuodessa (OR=1,88,  $p<0,001$ ). Ruotsinkielisille lukiolaisille oli lähes puolitoista kertaa suomenkielisiä lukiolaisia todennäköisempää olla käymättä terveydenhoitajan vastaanotolla lainkaan kuin käydä vastaanotolla kaksi kertaa tai useammin (OR=1,32,  $p=0,001$ ). Lisäksi ruotsinkielisille oli lähes puolitoista kertaa suomenkielisiä todennäköisempää käydä vastaanotolla kerran kuin kaksi kertaa tai useammin (OR=1,35,  $p<0,001$ ). Uudenmaan lukiolaisille oli lähes kaksi kertaa Pohjanmaan lukiolaisia todennäköisempää olla käymättä lainkaan terveydenhoitajan vastaanotolla kuin käydä vastaanotolla kaksi kertaa tai useammin lukuvuoden aikana (OR=1,71,  $p<0,001$ ). Lisäksi Uudenmaan lukiolaisille oli 1,2 kertaa Pohjanmaan lukiolaisia todennäköisempää käydä terveydenhoitajan vastaanotolla kerran kuin kaksi kertaa tai useammin (OR=1,22,  $p=0,013$ ). (Taulukot 28. ja 29.)

Lukiolaisille, jotka eivät kokeneet tarvitsevana apua masentuneen tai ahdistuneen mielialan takia, oli yli kaksi kertaa apua tarvitsevia lukiolaisia todennäköisempää olla käymättä terveydenhoitajan vastaanotolla lainkaan kuin käydä vastaanotolla kaksi kertaa tai useammin (OR=2,25,  $p<0,001$ ). Sen sijaan avuntarveryhmien välillä ei ilmennyt tilastollisesti merkitseviä eroja todennäköisyydessä käydä vastaanotolla kerran suhteessa käynteihin kaksi kertaa tai useammin. (Taulukot 28. ja 29.)

**Taulukko 28.** Opiskeluterveydenhuollon **terveydenhoitajan** vastaanottokäyntien (todennäköisyys **olla käymättä vastaanotolla lainkaan** vs. käydä vastaanotolla kaksi kertaa tai useammin) ja tutkimuksen taustamuuttujien sekä masentuneisuuden vaikeusasteiden ja avuntarveryhmien väliset yhteydet. Multinomiaalinen logistinen regressioanalyysi.

Taustamuuttuja	Ristitulosuhde	95 %:n luottamusväli	Merkitsevyys p-arvo
<b>Sukupuoli</b>			
Tyttö	1,00		
Poika	2,74	2,32-3,24	<0,001
<b>Kieli</b>			
Suomi	1,00		
Ruotsi	1,32	1,11-1,54	0,001
<b>Maakunta</b>			
Uusimaa	1,71	1,45-2,01	<0,001
Pohjanmaa	1,00		
<b>Masentuneisuus</b>			
Keskivaikea / vaikea	1,19	0,91-1,59	0,205
Ei / lievä	1,00		
<b>Koettu avuntarve</b>			
Kyllä	1,00		
En osaa sanoa	1,47	0,95-2,26	0,081
Ei	2,25	1,47-3,42	<0,001

Referenssiryhmä on merkitty arvolla 1,00

Vastemuuttuja: ei lainkaan vs. kaksi kertaa tai useammin

**Taulukko 29.** Opiskeluterveydenhuollon **terveydenhoitajan** vastaanottokäyntien (todennäköisyys **käydä vastaanotolla kerran** vs. käydä vastaanotolla kaksi kertaa tai useammin) ja tutkimuksen taustamuuttujien sekä masentuneisuuden vaikeusasteiden ja avuntarveryhmien väliset yhteydet. Multinomiaalinen logistinen regressioanalyysi.

Taustamuuttuja	Ristitulosuhde	95 %:n luottamusväli	Merkitsevyys p-arvo
<b>Sukupuoli</b>			
Tyttö	1,00		
Poika	1,88	1,60-2,21	<0,001
<b>Kieli</b>			
Suomi	1,00		
Ruotsi	1,35	1,16-1,59	<0,001
<b>Maakunta</b>			
Uusimaa	1,22	1,04-1,42	0,013
Pohjanmaa	1,00		
<b>Masentuneisuus</b>			
Keskivaikea / vaikea	1,00		
Ei / lievä	1,31	0,99-1,73	0,057
<b>Koettu avuntarve</b>			
Kyllä	1,00		
En osaa sanoa	1,15	0,78-1,69	0,491
Ei	1,42	0,98-2,08	0,068

Referenssiryhmä on merkitty arvolla 1,00

Vastemuuttuja: kerran vs. kaksi kertaa tai useammin

**Lääkärin** vastaanottokäyntejä tarkasteltaessa ilmeni, että pojille oli puolitoista kertaa tyttöjä todennäköisempää käydä lääkärin vastaanotolla kerran kuin kaksi kertaa tai useammin (OR=1,53, p=0,002). Sen sijaan sukupuolten välillä ei ilmennyt tilastollisesti merkitseviä eroja todennäköisyydessä olla käymättä vastaanotolla lainkaan suhteessa käynteihin kaksi kertaa tai useammin. Suomenkielisille oli lähes puolitoista kertaa ruotsinkielisiä todennäköisempää olla käymättä lääkärin vastaanotolla lainkaan kuin käydä vastaanotolla kaksi kertaa tai useammin (OR=1,42, p=0,003). Kieliryhmien välillä ei ilmennyt tilastollisesti merkitseviä eroja todennäköisyydessä käydä vastaanotolla kerran suhteessa vastaanottokäynteihin kaksi kertaa tai useammin. Uudenmaan lukiolaisille oli noin puolitoista kertaa Pohjanmaan lukiolaisia todennäköisempää olla käymättä lääkärin vastaanotolla lainkaan kuin käydä kaksi kertaa tai useammin (OR=1,56, p<0,001). Lisäksi Uudenmaan

lukiolaisille oli lähes kaksi kertaa Pohjanmaan lukiolaisia todennäköisempää käydä lääkärin vastaanotolla kerran kuin kaksi kertaa tai useammin (OR=1,80, p<0,001). (Taulukot 30. ja 31.)

Lukiolaisille, jotka eivät kokeneet tarvitseensa apua masentuneen tai ahdistuneen mielialan takia, oli kaksi kertaa apua tarvitsevia todennäköisempää olla käymättä lääkärin vastaanotolla lainkaan kuin käydä kaksi kertaa tai useammin (OR=2,02, p=0,005). Lisäksi lukiolaisille, jotka eivät kokeneet tarvitseensa apua, on yli kaksi kertaa apua tarvitsevia lukiolaisia todennäköisempää käydä lääkärin vastaanotolla kerran kuin kaksi kertaa tai useammin (OR=2,20, p=0,012). (Taulukot 30. ja 31.)

**Taulukko 30.** Opiskeluterveydenhuollon **lääkärin** vastaanottokäyntien (todennäköisyys **olla käymättä vastaanotolla lainkaan** vs. käydä vastaanotolla kaksi kertaa tai useammin) ja tutkimuksen taustamuuttujien sekä masentuneisuuden vaikeusasteiden ja avuntarveryhmien väliset yhteydet. Multinomiaalinen logistinen regressioanalyysi.

Taustamuuttuja	Ristitulosuhde	95 %:n luottamusväli	Merkitsevyys p-arvo
<b>Sukupuoli</b>			
Tyttö	1,00		
Poika	1,24	0,98-1,58	0,077
<b>Kieli</b>			
Suomi	1,42	1,13-1,78	0,003
Ruotsi	1,00		
<b>Maakunta</b>			
Uusimaa	1,56	1,23-1,97	<0,001
Pohjanmaa	1,00		
<b>Masentuneisuus</b>			
Keskivaikea / vaikea	1,10	0,75-1,61	0,634
Ei / lievä	1,00		
<b>Koettu avuntarve</b>			
Kyllä	1,00		
En osaa sanoa	1,21	0,73-1,99	0,459
Ei	2,02	1,23-3,31	0,005
Referenssiryhmä on merkitty arvolla 1,00			
Vastemuuttuja: ei lainkaan vs. kaksi kertaa tai useammin			

**Taulukko 31.** Opiskeluterveydenhuollon **lääkäriin** vastaanottokäyntien (todennäköisyys käydä vastaanotolla **kerran** vs. käydä vastaanotolla kaksi kertaa tai useammin) ja tutkimuksen taustamuuttujien sekä masentuneisuuden vaikeusasteiden ja avuntarveryhmien väliset yhteydet. Multinomiaalinen logistinen regressioanalyysi.

Taustamuuttuja	Ristitulosuhde	95 %:n luottamusväli	Merkitsevyys p-arvo
<b>Sukupuoli</b>			
Tyttö	1,00		
Poika	1,53	1,17-2,00	0,002
<b>Kieli</b>			
Suomi	1,00		
Ruotsi	1,18	0,91-1,54	0,208
<b>Maakunta</b>			
Uusimaa	1,80	1,38-2,34	<0,001
Pohjanmaa	1,00		
<b>Masentuneisuus</b>			
Keskivaikea / vaikea	1,00		
Ei / lievä	1,09	0,70-1,71	0,697
<b>Koettu avuntarve</b>			
Kyllä	1,00		
En osaa sanoa	1,49	0,80-2,78	0,206
Ei	2,20	1,19-4,06	0,012
Referenssiryhmä on merkitty arvolla 1,00		Vastemuuttuja: kerran vs. kaksi kertaa tai useammin	

## 7.5 Yhteenveto keskeisimmistä tuloksista

### Masentuneisuuden esiintyvyys

Uudenmaan ja Pohjanmaan lukiolaisista hieman useampi kuin joka kymmenes koki keskivaikeaa tai vaikeaa masentuneisuutta. Maakuntien välillä ei ollut eroja masentuneisuuden esiintyvyydessä. Sen sijaan kieliryhmien välillä ja sukupuolten välillä eroja



ilmeni: suomenkielisillä lukiolaisilla masentuneisuus oli yleisempää kuin ruotsinkielisillä ( $p=0,004$ ) ja tytöillä masentuneisuus oli yleisempää kuin pojilla ( $p<0,001$ ). Maakunnittain tarkasteltaessa kieliryhmien välinen ero masentuneisuudessa ilmeni ainoastaan Uudellamaalla ( $p<0,001$ ). Uudellamaalla keskivaikea tai vaikea masentuneisuus oli suomenkielisillä lukiolaistytöillä kaksi kertaa yleisempää kuin ruotsinkielisillä tytöillä ( $p<0,001$ ). Sen sijaan Pohjanmaan tyttöjen masentuneisuudessa ei ilmennyt kieliryhmien välisiä eroja. Poikien masentuneisuudessa ei ilmennyt kieliryhmien välisiä eroja kummassakaan maakunnassa.

### **Tyytyväisyys opiskeluterveydenhuollon toimintaan**

Yli kuusikymmentä prosenttia tutkimukseen osallistuneista lukiolaisista oli melko tyytyväisiä, vajaa viidennes erittäin tyytyväisiä ja reilu viidennes lukiolaisista tyytymättömiä opiskeluterveydenhuollon toimintaan heidän halutessaan keskustella henkilökohtaisista asioista (esim. seksi tai masennus). Pohjanmaan lukiolaiset olivat vähän tyytyväisempiä kuin Uudenmaan lukiolaiset ( $p=0,039$ ). Tytöille oli tyypillisempää kuin pojille olla erittäin tyytyväinen opiskeluterveydenhuoltoon, mutta tytöt ilmoittivat myös poikia enemmän olevansa tyytymättömiä ( $p=0,002$ ). Kieliryhmien välillä ei ilmennyt eroja tyytyväisyydessä.

Keskivaikeaa tai vaikeaa masentuneisuutta kokevat lukiolaiset olivat tyytymättömämpiä opiskeluterveydenhuoltoon kuin korkeintaan lievän masentuneisuuden pistemäärän saaneet ( $p<0,001$ ). Tämä ero ilmeni samansuuntaisena molemmissa maakunnissa, molemmissa kieliryhmissä ja molemmilla sukupuolilla.

### **Terveydenhoitajan ja lääkärin vastaanottokäynnit**

Noin joka kolmas tutkimukseen osallistunut lukiolainen ei ollut käynyt lainkaan opiskeluterveydenhuollon **terveydenhoitajan** vastaanotolla lukuvuoden aikana, reilu kolmannes oli käynyt vastaanotolla kerran ja vajaa kolmannes kaksi kertaa tai useammin. Pohjanmaalla lukiolaisten terveydenhoitajan vastaanotolla käyminen oli yleisempää kuin Uudellamaalla ( $p<0,001$ ). Suomenkielisillä lukiolaisilla terveydenhoitajan vastaanottokäynnit olivat ruotsinkielisiä yleisempiä. ( $p=0,004$ ). Tytöt kävivät terveydenhoitajan vastaanotolla selvästi yleisemmin kuin pojat ( $p<0,001$ ).

Lähes kolme neljäsosaa lukiolaisista ei ollut käynyt opiskeluterveydenhuollon **lääkäriin** vastaanotolla lainkaan lukuvuoden aikana, joka viides lukiolainen oli käynyt kerran, harvempi kuin joka kymmenes kaksi kertaa tai useammin. Pohjanmaan lukiolaiset kävivät vähän yleisemmin kuin Uudenmaan lukiolaiset lääkärin vastaanotolla ( $p<0,001$ ). Toisin kuin terveydenhoitajan vastaanottokäynnit olivat lääkärin vastaanottokäynnit ruotsinkielisille lukiolaisille suomenkielisiä yleisempiä ( $p<0,001$ ). Tytöt kävivät lääkärin vastaanotolla vähän yleisemmin kuin pojat ( $p<0,001$ ).

Keskivaikeaa tai vaikeaa masentuneisuutta kokevilla lukiolaisilla **terveydenhoitajan** vastaanottokäynnit olivat yleisempiä kuin korkeintaan lievää masentuneisuutta kokevilla ( $p<0,001$ ). Tämä ero ilmeni molemmissa maakunnissa (Uusimaa  $p=0,009$ , Pohjanmaa  $p=0,012$ ) ja molemmilla sukupuolilla (tytöt  $p=0,025$ , pojat  $p=0,016$ ). Kieliryhmittäin tarkasteltaessa havaittiin, että masentuneisuuden vaikeusasteiden välillä tilastollisesti merkitsevä ero ilmeni ainoastaan suomenkielisillä ( $p<0,001$ ).

Koko aineistoa tarkasteltaessa **lääkäriin** vastaanottokäyntien määrissä ei ilmennyt tilastollisesti merkitsevää eroa masentuneisuuden vaikeusasteiden välillä. Sen sijaan kieliryhmittäin tarkasteltaessa ruotsinkielisillä lukiolaisilla lääkärin vastaanottokäyntien määrissä ilmeni tilastollisesti merkitsevä ero masentuneisuuden vaikeusasteiden välillä: keskivaikeaa tai vaikeaa masentuneisuutta kokeneet ruotsinkieliset lukiolaiset kävivät lääkärin vastaanotolla yleisemmin kuin korkeintaan lievää masentuneisuutta kokeneet ( $p<0,001$ ). Suomenkielisillä lukiolaisilla tällaista eroa ei ilmennyt.

### **Koettu avuntarve**

Viisi prosenttia tutkimukseen osallistuneista lukiolaisista koki tarvitsevansa apua masentuneen tai ahdistuneen mielialan takia, 16 % ei osannut sanoa, tarvitseeko apua ja 79 % ilmoitti, ettei koe tarvitsevansa apua. Koetussa avuntarpeessa ei ilmennyt eroja maakuntien eikä kieliryhmien välillä. Sen sijaan sukupuolten välillä eroja ilmeni: tytöistä suurempi osuus kuin pojista koki tarvitsevansa apua ( $p<0,001$ ). Keskivaikeaa tai vaikeaa masentuneisuutta ilmoittaneet lukiolaiset kokivat tarvitsevansa apua yleisemmin kuin korkeintaan lievä masentuneisuuden pistemäärän saaneet ( $p<0,001$ ). Kuitenkin keskivaikeaa tai vaikeaa

masentuneisuutta ilmoittaneistakin vain noin joka neljäs koki tarvitsevansa apua. Keski vaikeaa tai vaikeaa masentuneisuutta ilmoittaneista tytöistä suurempi osuus kuin pojista koki tarvitsevansa apua ( $p < 0,001$ ).

Lukiolaiset, jotka kokivat tarvitsevansa apua masentuneen tai ahdistuneen mielialan takia, kävivät muita avuntarveryhmiä yleisemmin **terveydenhoitajan** vastaanotolla ( $p < 0,001$ ). Koko aineistoa tarkasteltaessa erot ilmenivät molemmissa maakunnissa ja molemmilla kieliryhmillä ( $p < 0,001$ ). Maakunnittain tarkasteltaessa selvisi, että Uudellamaalla erot ilmenivät ainoastaan suomenkielisillä ( $p < 0,001$ ), mutta Pohjanmaalla erot ilmenivät molemmissa kieliryhmissä (suomenkieliset  $p = 0,012$ , ruotsinkieliset  $p = 0,009$ ). Koko aineistossa erot ilmenivät ainoastaan tytöillä ( $p < 0,001$ ) ja ainoastaan tyttöjä tarkasteltaessa erot löytyivät vain suomenkielisiltä ( $p = 0,002$ ).

Lukiolaiset, jotka kokivat tarvitsevansa apua, kävivät yleisimmin myös **lääkäriin** vastaanotolla ( $p < 0,001$ ). Koko aineistoa tarkasteltaessa avuntarveryhmien väliset erot ilmenivät ainoastaan Pohjanmaan lukiolaisilla ( $p < 0,001$ ). Toisin kuin terveydenhoitajan vastaanottoja tarkasteltaessa lääkäriin vastaanottomäärissä avuntarveryhmien väliset erot ilmenivät ainoastaan ruotsinkielisillä ( $p < 0,001$ ). Myös kieliryhmiä maakunnittain tarkasteltaessa havaittiin, että sekä Uudellamaalla ( $p = 0,049$ ) että Pohjanmaalla ( $p < 0,001$ ) erot ilmenivät ainoastaan ruotsinkielisillä. Koko aineistossa avuntarveryhmien väliset erot ilmenivät ainoastaan tytöillä ( $p < 0,001$ ) ja ainoastaan tyttöjä tarkasteltaessa erot löytyivät vain ruotsinkielisiltä ( $p < 0,001$ ).

## 8 POHDINTA

Tämän tutkimuksen pohdinta koostuu kolmesta osa-alueesta. Luvussa 8.1 tarkastellaan tutkimuksen luotettavuutta validiteetin ja reliabiliteetin käsitteiden kautta. Luku 8.2 pitää sisällään tutkimustulosten pohdinnan. Pohdinnan lopuksi luvussa 8.3 esitellään tulosten pohdinnan yhteydessä esiin nousseita ajatuksia jatkotutkimusaiheista.

### 8.1 Tutkimuksen luotettavuus

Tutkimuksen luotettavuutta kuvataan validiteetin ja reliabiliteetin käsitteillä. **Validiteetissa** kysymys on siitä, tutkitaanko tutkimuksessa sitä, mitä siinä on tarkoitus tutkia. Validiteetti jaetaan sisäiseen ja ulkoiseen validiteettiin. Ulkoinen validiteetti liittyy tutkimuksen yleistettävyyteen. Tällöin huomio kohdistuu erityisesti tutkimusasetelmaan ja otantaan. Sisäinen validiteetti tarkoittaa tutkimuksen omaa luotettavuutta. Hyvä tutkimusasetelma, oikeanlainen käsitteiden ja mittarien muodostus, sopiva otanta sekä teorian ja tutkimusosan yhteensopivuus parantavat tutkimuksen sisäistä validiteettia. Sisäistä validiteettia arvioitaessa on erityisen tärkeää kohdistaa huomio siihen, vastaavatko tutkimuksen mittaukset teoriaosassa esitettyjä käsitteitä. (Nummenmaa 1997, 203–205, Heikkilä 1999, 178, Metsämuuronen 2006, 57, 66–67,).

**Reliabiliteetti** viittaa tutkimuksen toistettavuuteen. Reliabiliteetti on hyvä, jos tutkimustulos pysyy samanlaisena, kun tutkimus toistetaan useita kertoja. Tutkimustulokset eivät tällöin ole sattumanvaraisia. Alhainen reliabiliteetti alentaa luonnollisesti tutkimuksen validiteettia. Reliabiliteettia voidaan arvioida toistomittauksilla, rinnakkaismittauksilla tai mittarin sisäisen konsistenssin (Cronbachin alfa) avulla. (Metsämuuronen 2006, 66-69.)

Kouluterveyskyselyn **validiteetti** ja **reliabiliteetti** ovat osoittautuneet hyväksi. Esitutkimus tehtiin syyslukukauden 1995 lopussa. Valtakunnallisena kyselynä kouluterveyskysely on toteutettu suomalaisissa kouluissa joka vuosi vuodesta 1996 alkaen. Kysymyksiin on tehty pieniä muutoksia vuosien saatossa, mutta pääpiirteiltään kouluterveyskysely on pysynyt samanlaisena. Tulokset ovat osoittautuneet samansuuntaisiksi muiden tutkimusten kanssa (esim. WHO-Koululaistutkimus, Välimaa 2000b). Kouluterveyskyselyn toistuvuus jo yli 10 vuoden ajan on mahdollistanut pyrkimyksen kyselylomakkeen kehittämiseen ja

parantamiseen. Kouluterveyskyselyyn liittyvä tiedeyhteisön keskustelu lisää kyselyn luotettavuutta koululaisten hyvinvointia kuvaavana tutkimuksena.

Tässä tutkimuksessa käytettiin vuosien 2007 ja 2008 kouluterveyskyselyjen yhdistettyä aineistoa, joten tutkimuksessa vertailtiin eri vuosina toteutettujen kouluterveyskyselyjen tuloksia. Perusteena yhdistetyn aineiston käyttämiselle on se, että tässä tutkimuksessa tarkasteltiin Uudenmaan ja Pohjanmaan kuntien lukiolaisia. Etelä-Suomen koulut osallistuvat kouluterveyskyselyyn parillisina vuosina ja Länsi-Suomen koulut parittomina vuosina (THL 2009). Aikaisempien vuosien kouluterveyskyselyjen tuloksia tarkasteltaessa voidaan huomata, että samojen paikkakuntien peräkkäisten, kahden vuoden välein toteutettujen, kouluterveyskyselyjen tuloksissa ei löydy suuria eroja. Näin ollen oletettiin, että yhden vuoden ero (2007, 2008) kouluterveyskyselyjen toteuttamisessa ei estä kyselyjen tulosten vertailua eikä vähennä tutkimuksen luotettavuutta.

Koulupäivän aikana kerättyjen tutkimusaineistojen etuna on korkea vastausprosentti, joka lisää tutkimuksen luotettavuutta. Vastaustilanteeseen liittyen kouluterveyskyselyn luotettavuutta lisää myös se, että kysely toteutetaan kaikissa kouluissa samalla tavalla opettajan valvonnassa ja ohjeistamana. Lisäksi kyselyyn vastataan nimettömänä, jolloin oppilaat ehkä uskaltavat paremmin vastata arkaluontoisia ja henkilökohtaisia asioita koskeviin kysymyksiin. (THL 2009.)

Kouluterveyskyselyn vastausprosentti on viime vuosina ollut noin 80 %. Kyselyyn osallistujia ei valita otantamenetelmällä, kyseessä on kokonaistutkimus. Kouluterveyskyselylomakkeessa ilmoitetaan, että kyselyyn vastaaminen perustuu vapaaehtoisuuteen (THL 2009), mutta lähes kaikki kyselylomakkeen oppitunnilla saavat koululaiset vastaavat kyselyyn. Aineisto ei ole teknisesti edustava otos, mutta sen laajuus lisää tutkimuksen luotettavuutta. On kuitenkin tärkeää pohtia kouluterveyskyselyn luotettavuutta masentuneisuuden vaikeusasteiden esiintyvyyttä tarkastelevassa tutkimuksessa. On mahdollista, että vastaajissa tapahtuu valikoitumista siten, että useat vaikeaa masentuneisuutta kokevat opiskelijat ovat masentuneisuuden vuoksi pois koulusta, eivätkä siten vastaa kyselyyn. Tutkimuksen luotettavuuden kannalta olisi tärkeää selvittää tarkasti kadon suuruus ja se, millaisiin lukiolaisryhmiin kato kohdistuu. Tässä tutkimuksessa näitä tutkimusaineistoon liittyviä asioita ei kuitenkaan pystytty analysoimaan tarkasti. Jos kato kohdistuu muita masentuneisuuden vaikeusasteita enemmän vaikean masentuneisuuden pistemäärän saaneisiin opiskelijoihin, se

aiheuttaa tutkimustuloksiin systemaattista vääristymää, koska tällöin keskivaikeaa tai vaikeaa masentuneisuutta kokevien lukiolaisten ryhmään kuuluvien määrä on tuloksissa todellista pienempi. (ks. Heikkilä 1999, 178.)

Kouluterveyskysely perustuu opiskelijoiden itsearviointiin. Opiskelijat arvioivat masentuneisuusoireiluaan, kokemaansa avuntarvetta, opiskeluterveydenhuollon vastaanottokäyntien määrää sekä tyytyväisyyttään opiskeluterveydenhuollon toimintaan. Itsearviointiin perustuvana mittarina kyselyn luotettavuutta lisää se, että kysymykset on muotoiltu selkeiksi ja niissä on vältetty liiallista abstraktisuutta, joten nuoret pystyvät ymmärtämään kysymykset helposti. Tällaisen mittarin luotettavuuden uhkana on kuitenkin se, että opiskelijat saattavat haluta antaa itsestään todellista paremman tai huonomman kuvan tai suhtautua vastaamiseen leikkimielisesti ja vastata todellisuuden vastaisesti. Tämän tutkimuksen tutkimusongelmat ovat sellaisia, ettei ole oletettavaa opiskelijoiden vastaavan kysymyksiin systemaattisesti joko liioitellen tai vähätellen. Näin ollen totuudenvastainen vastaaminen aiheuttaa tutkimuksessa todennäköisesti vain satunnaisvirheitä, joiden vaikutus tuloksiin on vähäinen, kun tutkimusjoukko on tarpeeksi suuri. Yleisesti ottaen nuorten terveyden ja oireilun itsearviointiin perustuvien mittareiden on osoitettu olevan luotettavia. Hauglandin ja Woldin (2001) norjalaisen tutkimuksen mukaan nuoret pystyvät arvioimaan totuudenmukaisesti omaa terveyttään ja oireiluaan. Tutkimuksessa ilmeni kuitenkin pieniä sukupuolten välisiä eroja: tyttöjen arviot omasta terveydestä osoittautuivat poikien arvioita luotettavimmiksi. (Haugland & Wold 2001.)

Myös masentuneisuuden arvioinnissa itsearviointiin perustuvat mittarit ovat osoittautuneet luotettaviksi. Kouluterveyskyselyssä masentuneisuutta mitataan masentuneisuuden itsearviointiin perustuvan Beckin lyhyemmän mielialakyselyn avulla. Aikaisemmissa tutkimuksissa sekä alkuperäisen Beckin pidemmän mielialakyselyn (Beck ym. 1961, Bumberry ym. 1978) että lyhyen mielialakyselyn (Beck ym. 1974) **reliabiliteetti** ja **validiteetti** ovat osoittautuneet hyviksi. Kouluterveyskyselyssä Beckin lyhyt mielialakysely on Raimo Raitasalon muokkaamana suomalaisena versiona (Raitasalo & Notkola 1987, Raitasalo 1995, 2007, Kaltiala-Heino ym. 1999). Kouluterveyskyselyjen lisäksi tätä suomalaista versiota Beckin mielialakyselystä on käytetty mittarina myös monissa muissa tutkimuksissa ja sen validiteetin ja reliabiliteetin on osoitettu olevan hyvä (Raitasalo 1995, 2007, Kaltiala-Heino ym. 1998, Kaltiala-Heino ym. 1999, Nuoivo ym. 2009.) Useimmissa tutkimuksissa Beckin mielialakyselyn luotettavuutta on tarkasteltu erityisesti aikuisväestön

mielialan mittarina. Olssonin ja Knorringin (1997) ruotsalainen tutkimus kuitenkin osoittaa, että Beckin mielialakysely on luotettava mittari tarkasteltaessa myös 16–17-vuotiaiden nuorten masentuneisuutta. Kaltiala-Heinon ym. (1998) ja Kaltiala-Heinon ym (1999) tutkimusten mukaan myös Beckin mielialakyselyn suomalainen versio on soveltuva mittari nuoruusikäisen väestön masentuneisuuden mittaamiseen.

Tässä tutkimuksessa Beckin mielialakyselyyn perustuvan masentuneisuussummamuuttujan **reliabiliteettia** mitattiin Cronbachin alfan kertoimella. Metsämuosen (2006, 531) mukaan alin hyväksyttävä Cronbachin alfan arvo on 0,60. Masentuneisuussummamuuttujan Cronbachin alfa oli 0,85, joten reliabiliteetti osoittautui hyväksi.

Masennus- (depressio-), masentuneisuus- ja masennusoireilukäsitteiden erottelu muodostaa haasteen tämän tutkimuksen **validiteetille**. Eri tutkimuksissa masennus- ja masentuneisuuskäsitteitä käytetään eri tavoin ja eri merkityksissä, eikä täysin vakiintunutta erottelua näiden käsitteiden välillä voida löytää. Käsitteiden vaihteleva ja päällekkäinen käyttö eri tutkimuksissa vaikeuttaa tutkimuksen tulosten suhteuttamista taustakirjallisuuteen ja vertaamista aikaisempiin tutkimuksiin.

Tavallisesti, kuten myös tässä tutkimuksessa, masennuskäsitteellä viitataan kliinisesti diagnosoituun sairauteen ja masentuneisuuden ja masennusoireilun käsitteillä viitataan itsearvioituun mielentilaan. (ks. Kaltiala-Heino ym. 1998, Kaltiala-Heino ym. 2001.) Tutkimuksessa masentuneisuuden mittarina käytetty Beckin mielialakysely ei ole kliinistä masennusta mittaava diagnostinen mittari, vaan oiremittari, joka mittaa masentuneisuuden määrää. Se ei siis sovellu masennuksen diagnoosin määrittämiseen. (Kaltiala-Heino ym. 1998, Raitasalo 2007.)

Beckin mielialakyselyn luotettavuutta voidaan pohtia myös siitä näkökulmasta, mikä on kyselyn tuloksena saadun masentuneisuuden vaikeusasteen yhteys kliiniseen masennukseen: Lukkari ym. (1998) ovat tutkineet suomalaisia nuoria aineistonaan kouluterveyskysely ja he kirjoittavat, että ainakin keskivaikean ja vaikean masentuneisuuden pistemäärän saaneet nuoret sairastavat hyvin todennäköisesti kliinistä masennusta. Näin ollen tämän tutkimuksen teoriaosassa tarkastellaan masennusta myös kliinisenä tilana.

## Tutkimuseettiset kysymykset

Tutkimuksen tekemiseen liittyy eettisiä kysymyksiä, jotka on otettava huomioon tutkimuksen eri vaiheissa. Tämän tutkimuksen eettiset kysymykset liittyvät ennen kaikkea tutkimusaiheen ja tutkimustehtävien valintaan, tutkimustulosten raportointiin, tutkimukseen osallistumisen vapaaehtoisuuteen ja tutkimushenkilöiden anonymiteetin säilymiseen. (Clarkeburn & Mustajoki 2007, Kuula 2006.)

Jo tutkimusprosessin alkuun ajoittuva tutkimusaiheen valinta on eettinen ratkaisu. Eettisyys aiheen valinnassa tulee esiin esimerkiksi pohdittaessa tutkimusaiheen merkitystä yhteiskunnallisessa kontekstissa. Onko tutkimusaihe yhteiskunnallisesti hyödyllinen? (Clarkeburn & Mustajoki 2007, 54.) Tämän tutkielman aihe liittyy lukiolaisten masennusoireiluun ja opiskeluterveydenhuollon palveluihin. Tutkimus tuo osaltaan aineksia keskusteluun nuorten hyvinvoinnista, joka on yhteiskunnallisesti tärkeä asia.

Terveyteen ja erityisesti mielenterveyteen liittyvät asiat koetaan usein arkaluotoisina ja henkilökohtaisina, minkä vuoksi myös tämän tutkielman nuorten masentuneisuuteen liittyvä aihe on arkaluontoinen. Tutkimusaiheen arkaluontoisuutta lisää osaltaan myös se, että suurin osa tutkimushenkilöistä oli alaikäisiä. Tutkimushenkilöiden alaikäisyys asettaa haasteita aineistonkeruun eettisyydelle. Kuula (2006, 147) kuitenkin painottaa, että marginaalisia ihmisryhmiä, esimerkiksi alaikäisiä lapsia ja nuoria, ei saisi sulkea pois tutkimuksen piiristä, jotta ihmiselämästä ei jäisi tutkimatta olennaisia puolia. Lasten ja nuorten osallistuminen tutkimuksiin on perusteltua sekä kulttuurin, yhteiskunnan ja lääketieteen tutkimuksen näkökulmasta että lasten ja nuorten itsensä näkökulmasta. Alaikäisille lapsille ja nuorille pitää antaa oikeus tulla kuulluksi omilla ehdoillaan. (Kuula 2006.) On siis tärkeää, ettei alaikäisten nuorten terveyteen liittyviä asioita jätetä tutkimatta.

Tämän tutkielman aineistona käytettiin kouluterveyskyselyä. Lukiolaiset vastasivat kyselyihin koulussa oppitunnin aikana. Keskeinen tutkimuseettinen kysymys on tutkimukseen osallistumisen vapaaehtoisuus. Luonnollisesti myös alaikäisiä nuoria tutkittaessa nuoren omaa tahtoa tutkimukseen osallistumisesta täytyy kunnioittaa eli hänen täytyy saada tehdä itse päätös siitä, osallistuuko tutkimukseen (ks. Kuula 2006, 148–150). Kouluterveyskyselylomakkeessa ilmoitetaan, että kyselyyn vastaaminen perustuu vapaaehtoisuuteen (THL 2009) eli lukiolaisilla on mahdollisuus halutessaan kieltäytyä



täyttämästä kyselylomaketta. Kuitenkin lähes kaikki kyselylomakkeen oppitunnilla saavat lukiolaiset vastaavat kyselyyn. Kuula (2006, 151) pohtii valta-asemien merkitystä tutkimukseen osallistumisessa. Hänen mukaan valta-asema voi vaikuttaa tutkimukseen osallistumiseen esimerkiksi silloin, kun tutkimusaineisto kerätään koulussa. Kun opettaja luokassa pyytää täyttämään kyselylomakkeen, oppilaiden ei välttämättä ole helppoa kieltäytyä osallistumisesta tutkimukseen.

On tärkeää, että tutkimukseen osallistuvat tutkimushenkilöt saavat tarpeeksi tutkimukseen liittyvää tietoa. (ks. Kuula 2006, 99–124). Kouluterveyskyselylomake alkaa saatekirjeellä, jolla pyritään informoimaan kyselyyn vastaavia nuoria. Tutkimukseen osallistumisen vapaaehtoisuuden lisäksi saatekirjeessä on tietoa tutkimuksen tarkoituksesta, tutkimustulosten hyödyntämisestä, lomakkeiden säilyttämisestä ja hävittämisestä sekä luottamuksellisuudesta ja tutkimushenkilöiden anonymiteetin säilymisestä. Myös tutkijan nimi ja yhteystiedot näkyvät kouluterveyskyselylomakkeessa.

Tämän tutkimuksen tulokset pyrittiin raportoimaan rehellisesti ja objektiivisesti. Tuloksista ei voi tunnistaa yksittäisten tutkimukseen osallistuneiden lukiolaisten vastauksia ja näin pystyttiin takaamaan tutkimushenkilöiden anonymiteetti.

## **8.2 Tulosten pohdinta**

Tässä tutkimuksessa tarkasteltiin lukiolaisten masennusoireilun yleisyyttä, koettua avuntarvetta, lukiolaisten opiskeluterveydenhuollon palvelujen käyttöä ja tyytyväisyyttä opiskeluterveydenhuollon palveluihin Uudellamaalla ja Pohjanmaalla sekä selvitettiin, onko lukiolaisten masentuneisuuden yleisyydessä ja tyytyväisyydessä opiskeluterveydenhuollon palveluihin ruotsinkielisen ja suomenkielisen kieliryhmän välistä ja alueellista vaihtelua. Lisäksi tutkimuksessa selvitettiin, onko masentuneisuudella ja opiskeluterveydenhuollon palveluiden käytöllä yhteyttä ja onko masentuneisuuden vuoksi koetulla avuntarpeella ja opiskeluterveydenhuollon palveluiden käytöllä yhteyttä.

### 8.2.1 Masentuneisuuden esiintyvyys

Tämän tutkimuksen mukaan Uudenmaan ja Pohjanmaan lukiolaisista hieman useammalla kuin joka kymmenennellä oli keskivaikkea tai vaikeaa masentuneisuutta. Maakuntien välillä ei ollut eroja masentuneisuuden esiintyvyydessä. Luku vastaa hyvin kouluterveyskyselyn valtakunnallista tulosta masentuneisuuden esiintyvyydestä: vuosien 2007 ja 2008 kouluterveyskyselyistä selviää, että suomalaisista lukiolaisista noin 10 %:lla on keskivaikkea tai vaikeaa masentuneisuutta (THL 2007/2008). Myös Karvosen (2003) tutkimuksesta ilmenee, ettei nuorten masentuneisuuden esiintymisessä löydy selkeitä alueellisia eroja Etelä-Suomen läänin ja Länsi-Suomen läänin välillä, vaikka aikuisväestöllä masentuneisuus on Uudellamaalla yleisempää kuin Pohjanmaalla (Nummela ym. 2000).

Laajennettaessa tarkastelu myös vähintään lievän masentuneisuuden pistemäärän saaneisiin lukiolaisiin (tytöt 27 % ja pojat 16 %) voidaan havaita, että tulos vastaa hyvin Beckin mielialakyselyyn perustuvia tutkimustuloksia länsieurooppalaisten nuorten vähintään lievän masentuneisuuden yleisyydestä (Mikolajczyk ym. 2008). Sen sijaan itäeurooppalaisilla nuorilla masentuneisuus oli tämän suomalaisia lukiolaisia tarkastelevan tutkimuksen tulosta yleisempää (Mikolajczyk ym. 2008).

Suomenkielisillä lukiolaisilla masentuneisuus oli yleisempää kuin ruotsinkielisillä. Tulos on samansuuntainen kuin muissa suomenkielisen ja ruotsinkielisen kieliryhmän nuorten terveyttä tarkastelevissa tutkimuksissa, joissa ruotsinkielisten nuorten sekä koetun terveyden (Välimaa 2000b, Suominen ym. 2000) että objektiivisilla mittareilla mitatun terveydentilan (Saarela & Finnäs 2003) on osoitettu olevan suomenkielisiä parempi. Myös WHO-Koululaistutkimus osoittaa, että sekä vuonna 1994 että vuonna 1998 suomenkieliset peruskoulunoppilaat kokivat ruotsinkielisiä enemmän masentuneisuuden tuntemuksia (Välimaa 2000b). Tutkimuksen tulos on myös samansuuntainen kuin aikuisten itsearvioitun psyykkisen terveyden kieliryhmittäisiä eroja tarkastelevan tutkimuksen tulos, jonka mukaan ruotsinkieliset arvioivat psyykkisen terveytensä suomenkielisiä paremmaksi (Nyqvist ym. 2008).

Mitkä tekijät selittävät kieliryhmien välisiä eroja lukiolaisten masentuneisuuden esiintyvyydessä? Kestilän (2003) ja Välijärven ja Tuomen (1995) tutkimuksista ilmenee, että ruotsinkieliset lukiolaiset pitävät koulunkäynnistä enemmän kuin suomenkieliset. Lisäksi Kestilän (2003) mukaan ruotsinkieliset lukiolaiset käyttävät enemmän aikaa kotitehtäviensä

tekemiseen ja ”lintsaavat” koulusta suomenkielisiä vähemmän. Välijärven ja Tuomen (1995) mukaan suomenkieliset lukiolaiset kokevat lukio-opiskelun ruotsinkielisiä rasittavampana ja kiireisempänä. Voivatko nämä koulunkäyntiin ja erityisesti koulussa viihtymiseen liittyvät tekijät olla yhteydessä kieliryhmien välisiin eroihin lukiolaisten masentuneisuudessa? Stressin ja koulu-uupumuksen yhteyden masennukseen on todettu olevan ilmeinen. Korkeilan (2005) mukaan pitkään jatkuva stressi voi johtaa masennukseen ja lisäksi masentuneilla ihmisillä kyky kestää stressiä on terveitä ihmisiä heikompi. Myös muun muassa psyykkisenä pahoinvointina ilmenevä koulu-uupumus voi johtaa masennukseen (Suomen akatemia 2009).

Sosiaalisia suhteita tarkasteltaessa ilmenee, että ruotsinkielisellä väestöllä on suomenkielisiä enemmän luotettavia ystäviä (Hyypä & Mäki 2001a, Hyypä & Mäki 2001b) ja ruotsinkieliset lukiolaiset viettävät suomenkielisiä enemmän aikaa perheensä kanssa ja riitelevät vanhempiansa kanssa vähemmän (Kestilä 2003). Sosiaalisten suhteiden merkitystä painotetaan nuoruusiän suotuisassa kehityksessä (ks. Aalberg & Siimes 2007, Rantanen 2004). Toisilta ihmisiltä, sekä ikätovereilta että aikuisilta, saatava riittävä sosiaalinen tuki voi suojata nuorta masennukselta (Karlsson ym. 2005, Karlsson & Marttunen 2007). Ojajärven (2003) tutkimuksen mukaan masentuneet lukiolaiset erottuvatkin muista lukiolaisista siten, että heillä ei ole läheisiä ystäviä.

Kieliryhmien välinen ero masentuneisuuden esiintymisessä ilmeni ainoastaan Uudellamaalla. Pohjanmaalla masentuneisuus oli sen sijaan yhtä yleistä molemmissa kieliryhmissä. Hyypän ja Mäen (2001 a b) tutkimuksissa, jotka osoittavat ruotsinkielisten terveyden olevan parempi, tutkimushenkilöt ovat juuri länsirannikon ruotsinkielisiä asukkaita. Hyypä ja Mäki (2001 a b) selittävät näitä terveyseroja Pohjanmaan ruotsinkielisen väestön kulttuurin ja heidän sosiaalisen pääomansa kautta. Tämän tutkimuksen tulos ei kuitenkaan lukiolaisten masentuneisuuden osalta tue Hyypän ja Mäen (2001 a b) tulosta, koska tässä tutkimuksessa Pohjanmaan lukiolaisilla masentuneisuus ei ollut ruotsinkielisillä suomenkielisiä vähäisempää. Myös Saarelan ja Finnäsin (2003) suomen- ja ruotsinkielisten nuorten kieliryhmien välisiä terveyseroja tarkastelevassa tutkimuksessa tutkimushenkilöt ovat länsirannikon (entisen Vaasan läänin) asukkaita. Saarelan ja Finnäsin (2003) tutkimus osoittaa, että ruotsinkielisten nuorten terveys on suomenkielisiä parempi objektiivisilla terveysmittareilla mitattaessa. Sen sijaan nuorten itsearvioidussa terveydessä kieliryhmien välillä ei ilmennyt eroja. Tämän tutkimuksen tulos Pohjanmaan lukiolaisten masentuneisuuden kieliryhmien välisistä eroista on siis samansuuntainen Saarelan ja Finnäsin

(2003) tutkimustuloksen kanssa nuorten itsearvioidun terveyden osalta. Vaikka Pohjanmaalla nuorten itsearvioidussa terveydessä (Saarela & Finnäs 2003) ja masentuneisuuden yleisyydessä ei ilmene kieliryhmien välisiä eroja, tämä tutkimus osoitti, että Uudellamaalla suomenkieliset lukiolaiset kokevat masentuneisuutta selvästi ruotsinkielisiä yleisemmin.

Voidaan pohtia, mistä johtuu se, että Uudellamaalla ruotsinkieliset lukiolaiset erottuvat suomenkielisistä selvästi vähemmän masentuneena ryhmänä, mutta Pohjanmaalla sen sijaan masentuneisuus on ruotsinkielisillä yhtä yleistä kuin suomenkielisillä. Voidaanko sosiaalisen pääoman avulla selittää näitä eroja? Tarkasteltaessa tutkimukseen osallistuneiden kuntien väestörakennetta vuonna 2008 ilmenee, että Pohjanmaan kaksikielisissä kunnissa ruotsinkielisten asukkaiden osuus on keskimäärin suurempi kuin Uudenmaan kaksikielisissä kunnissa (Tilastokeskus 2009). (Liitetaulukot 41. ja 42.) Uudellamaalla ruotsinkieliset ovat siis selvemmin vähemmistöasemassa kuin Pohjanmaalla. Voidaankin pohtia, onko Uudenmaan ruotsinkielisillä lukiolaisilla vähemmistöaseman aikaansaama tunne yhteisöllisyydestä ja sosiaalisesta kiinteydestä vahvempi kuin Pohjanmaalla. Uudenmaan ruotsinkielisten lukiolaisten korkeampi sosiaalisen pääoman taso ja näin ollen mahdollisesti suurempi suojavaikutus masentuneisuutta vastaan voisi osaltaan selittää sitä, miksi Uudenmaan ja Pohjanmaan ruotsinkieliset kieliryhmät käyttäytyvät eri tavoin suhteessa suomenkielisiin tarkasteltaessa masentuneisuuden esiintyvyyttä.

Kuten myös monissa muissa nuorten masennusta ja masentuneisuutta tarkastelevissa tutkimuksissa (Lewinsohn ym. 1993, Wittchen ym. 1998, Haarasilta ym. 2001, Välimaa 2004, 31–33, Stakes 2007/2008), myös tässä tutkimuksessa tytöillä masentuneisuus oli selvästi yleisempää kuin pojilla. Tämä sukupuolten välinen ero ilmeni sekä Uudellamaalla että Pohjanmaalla ja sekä suomenkielisillä että ruotsinkielisillä. Uudellamaalla keskivaikea tai vaikea masentuneisuus oli suomenkielisillä lukiolaistytöillä kaksi kertaa yleisempää kuin ruotsinkielisillä tytöillä. Pohjanmaan tyttöjen masentuneisuudessa ei ilmennyt kieliryhmien välisiä eroja. Poikien masentuneisuudessa ei ilmennyt kieliryhmien välisiä eroja kummassakaan maakunnassa. Kieliryhmien väliset erot lukiolaisten masentuneisuudessa muodostuvat siis sen seurauksena, että Uudenmaan lukiolaistytöistä suomenkieliset voivat keskimääräistä huonommin ja ruotsinkieliset keskimääräistä paremmin.

Tutkimuksen tulosta lukiolaisten masentuneisuuden esiintyvyydestä tulkittaessa voidaan pohtia masentuneisuuden suhdetta kliiniseen masennukseen. Voidaanko keskivaikeaa tai

vaikeaa masentuneisuutta kokevia lukiolaisia tarkastella masennuksen erityisenä riskiryhmänä? Keskivaikeaa tai vaikeaa masentuneisuutta kokevien Uudenmaan ja Pohjanmaan lukiolaisten osuus (11 %) on suurempi kuin suomalaisten 15–19-vuotiaiden kliinisen vakavan masennustilan esiintyvyys (5,3 %) (Haarasilta ym. 2001). Tästä voidaan päätellä, että kaikki keskivaikean tai vaikean masentuneisuuden pistemäärän saaneet lukiolaiset eivät sairasta kliinistä vakavaa masennusta. Kuitenkin myös kliiniset masennustilat jaetaan oireiden vaikeusasteen perusteella lieviin, keskivaikeisiin ja vaikeisiin masennustiloihin (Räsänen 2004, 218–219, Isometsä 2007, 157–160). On siis mahdollista, että suuri osa keskivaikean tai vaikean masentuneisuuden pistemäärän saaneista sairastaa vähintään lievää masennusta. Haarasillan ym. (2000) mukaan vähintään 20 %:lla nuoruusikäisistä on lievää masennusoireilua, joten heidän osuutensa on noin kaksinkertainen tässä tutkimuksessa keskivaikean tai vaikean masentuneisuuden pistemäärän saaneisiin nähden. Näin ollen voidaan olettaa, että tässä tutkimuksessa keskivaikean tai vaikean masentuneisuuden pistemäärän saaneilla lukiolaisilla masennusoireilu on vaikeusasteeltaan voimakkaampaa kuin lievä oireilu.

Voidaan pohtia myös, mistä johtuu se, että vaikka monilla mittareilla mitattaessa lukiolaiset erottuvat muita ikäluokkansa edustajia terveempinä, paremmin voivina ja terveellisemmin käyttäytyvinä nuorina, tämä terveysero ei näy psyykkisessä hyvinvoinnissa (Fröjd ym. 2006, THL 2007/2008). Useissa tutkimuksissa (esim. Salmela-Aro & Näätäinen 2005, Opetushallitus 2005, Korppas 2007, Olkinuora 2007) on todettu, että lukio-opiskelulle tyypillisiä piirteitä ovat esimerkiksi huono opiskeluilmapiiiri, vähäinen ikätovereilta ja aikuisilta saatava sosiaalinen tuki, opiskelun aiheuttama liiallinen stressi ja koulu-uupumus. Lukiolaisten masentuneisuuden ja koulu-uupumuksen esiintyvyydessä ilmenee samansuuntainen sukupuolten välinen ero: sekä masentuneisuus että koulu-uupumus (Salmela-Aro & Näätäinen 2005, Korppas 2007, Salmela-Aro ym. 2008) on tytöillä poikia yleisempää. Koulu-uupumuksen on todettu olevan erityisen tavallista hyvään koulumenestykseen pyrkivillä lukiolaistytöillä (Suomen Akatemia 2009). Heidän korkeat koulumenestystavoitteensa luovat ylimääräisiä paineita, stressiä ja kokemusta kilpailusta opiskelijoiden välillä. Tällaiset lukio-opiskeluun liittyvät tekijät vaikuttavat varmasti erityiseen voimakkaasti juuri lukiolaisten hyvinvoinnin psyykkiseen ulottuvuuteen ja osaltaan aiheuttavat myös masentuneisuutta ja masennusta, jos sosiaalinen tuki ei ole riittävä.

Suomessa on muutamia lukioita, joihin opiskelijaksi pääseminen vaatii erittäin hyvää koulumenestystä. Mielenkiintoinen tarkastelun kohde olisikin se, onko masentuneisuus tavallista yleisempää sellaisissa lukioissa, joissa keskiarvorajat, joiden avulla uudet opiskelijat valitaan, ovat erityisen korkealla. Tällaisissa ”lahjakkaiden opiskelijoiden lukioissa” koulun odotukset opiskelijoiden opintomenestyksestä ovat suuret ja kilpailu opiskelijoiden välillä kovaa. Tällainen opiskeluympäristö saattaa altistaa lukiolaiset masentuneisuudelle erityisen voimakkaasti.

Tässä tutkimuksessa lukion ensimmäisen ja toisen vuosikurssin opiskelijoita tarkasteltiin yhtenä kokonaisuutena, joten tulokset eivät kerro, onko lukion eri vuosikurssien opiskelijoiden välillä eroja masentuneisuuden esiintyvyydessä. Olisikin tärkeää selvittää, onko masentuneisuus esimerkiksi toisen vuosikurssin opiskelijoilla ensimmäistä vuosikurssia yleisempää, koska opiskelusta johtuva stressi mahdollisesti lisääntyy lukio-opintojen edetessä. Toisaalta lukion aloitus eli ensimmäinen opintovuosi voi myös olla opiskelijoille erityisen stressaava opintojen vaihe.

### **8.2.2 Opiskeluterveydenhuolto**

Kansanterveystyöhön kuuluvana tehtävänä kuntien on ylläpidettävä lukiolaisilleen opiskeluterveydenhuoltoa (Kansanterveyslaki 14 §, 25.5.2007/626). Lukiolain mukaan lukiokoulutuksen järjestäjän on huolehdittava, että lukiolaisille annetaan tietoa heidän käytettävissään olevista opiskeluterveydenhuollon palveluista ja heidät ohjataan hakeutumaan näihin palveluihin (Lukiolaki 629/1998). Opiskeluterveydenhuoltoa pidetään sellaisena ns. matalan kynnyksen terveydenhuoltopalveluna, jolla on keskeinen merkitys lukiolaisten masentuneisuuden ja masennuksen ennaltaehkäisemisessä, varhaisessa tunnistamisessa, lievien ongelmien hoidossa ja jatkohoitoon ohjaamisessa (Sosiaali- ja terveysministeriö 2006).

Tässä tutkimuksessa tarkasteltiin ainoastaan opiskeluterveydenhuollon tarjoamia terveydenhoitajan ja lääkärin vastaanottopalveluja. Tutkimuksen tuloksia ei siis voi yleistää koskemaan opiskeluterveydenhuollon ulkopuolella olevia terveydenhuollon palveluja.

Tämä tutkimus osoittaa, että yli kuusikymmentä prosenttia tutkimukseen osallistuneista lukiolaisista oli melko tyytyväisiä, vajaa viidennes erittäin tyytyväisiä ja reilu viidennes lukiolaisista tyytymättömiä opiskeluterveydenhuollon toimintaan heidän halutessaan keskustella henkilökohtaisista asioista (esim. seksi tai masennus). Tyytymättömien osuus vastaa hyvin vuosien 2007 ja 2008 kouluterveyskyselyjen valtakunnallisia tuloksia, joiden mukaan myös koko Suomen lukiolaisista reilu viidennes on tyytymättömiä opiskeluterveydenhuoltoon (Stakes 2007/2008). Tässä tutkimuksessa maakuntien välillä löytyi pieni ero: Pohjanmaan lukiolaiset olivat vähän tyytyväisempiä kuin Uudenmaan lukiolaiset. Maakuntien välistä eroa selittää ehkä osaltaan se, että Pohjanmaalla lukiolaisilla sekä terveydenhoitajan että lääkärin vastaanotolla käyminen oli yleisempää kuin Uudellamaalla. Näistä maakuntien välisistä eroista huolimatta vuosien 2007 ja 2008 kouluterveyskyselyjen tulokset osoittavat, ettei Uudenmaan ja Pohjanmaan lukiolaisten välillä ole kuitenkaan selvää eroa siinä, kokevatko he terveydenhoitajan ja lääkärin vastaanotoille pääsemisen vaikeaksi (THL 2007/2008). Maakuntien välinen ero tyytyväisyydessä ja vastaanottokäyntien määrissä on yllättävä sen vuoksi, että vuoden 2007 terveyskeskusten tekemien suunnitelmien mukaan lukion opiskeluterveydenhuollon lääkärintarkastukset ovat tähän tutkimukseen valituissa Pohjanmaan kunnissa keskimäärin harvinaisempia kuin Uudenmaan kunnissa. Opiskeluterveydenhuollossa terveydenhoitajan suorittamia terveystarkastuksia järjestetään sen sijaan Uudenmaan ja Pohjanmaan lukiolaisille keskimäärin lähes yhtä paljon, vaikkakin maakuntien sisällä kuntien välillä on suurta vaihtelua (Rimpelä ym. 2008).

Työille oli tyypillisempää kuin pojille olla erittäin tyytyväisiä opiskeluterveydenhuollon toimintaan heidän halutessaan keskustella henkilökohtaisista asioistaan (esim. seksi tai masennus), mutta tytöt ilmoittivat myös poikia enemmän olevansa tyytymättömiä. Sukupuolten välisiä eroja saattaa selittää se, että sekä opiskeluterveydenhuollon terveydenhoitajan että lääkärin vastaanotolla käyminen oli lukiolaistytöille lukiolaispoikia yleisempää ja lisäksi masennusoireilu oli tytöillä poikia tavallisempaa. Näin ollen tytöt ovat ehkä yrittäneet saada poikia enemmän keskusteluapua opiskeluterveydenhuollosta ja pystyvät sen vuoksi arvioimaan tarkemmin tyytyväisyyttään.

Kieliryhmien välillä ei ilmennyt eroja tyytyväisyydessä opiskeluterveydenhuollon toimintaan. Tutkimus sen sijaan osoitti, että suomenkieliset ja ruotsinkieliset lukiolaiset käyttivät opiskeluterveydenhuollon palveluja eri tavoin: kieliryhmien välillä löytyi eroja sekä

terveydenhoitajan että lääkärin vastaanottokäyntien määriä tarkasteltaessa. Suomenkieliset lukiolaiset kävivät ruotsinkielisiä yleisemmin terveydenhoitajan vastaanotolla ja ruotsinkieliset kävivät selvästi suomenkielisiä yleisemmin lääkärin vastaanotolla. Mistä nämä erot johtuvat? Vain noin kolme neljästä Suomen lukioista tarjoaa opiskeluterveydenhuollossa mahdollisuutta käydä lääkärin vastaanotolla (Rimpelä ym. 2009). Lääkärin vastaanottokäynnit olivat melko harvinaisia sekä Uudellamaalla että Pohjanmaalla. Kuitenkin tuloksissa ilmeni suuri kieliryhmien välinen ero lääkärinvastaanotolla käymisessä. Voidaan kysyä, onko ruotsinkielisissä lukioissa lääkäripalvelujen saatavuus selvästi parempaa kuin suomenkielisissä lukioissa. Onko opiskeluterveydenhuoltoon kohdennetuissa taloudellisissa resursseissa eroja suomen- ja ruotsinkielisten lukioiden välillä? Voidaanko ruotsinkielisten lukiolaisten yleisempää lääkärin vastaanotolle ohjautumista selittää kulttuuristen tekijöiden avulla, esimerkiksi ruotsinkielisten tiiviiseen yhteisöllisyyteen liittyvän toisista ihmisistä huolehtimisen (ks. Hyypä 2002) kautta?

Terveydenhoitajan vastaanottokäynneissä kieliryhmien välinen ero oli lääkärin vastaanotoissa ilmenevää eroa vähäisempi ja se ilmeni ainoastaan niillä lukiolaisilla, jotka olivat käyneet vastaanotolla eli terveydenhoitajan vastaanotolla käymättömiä oli yhtä paljon molemmissa kieliryhmissä. Suomenkielisille oli ruotsinkielisiä yleisempää ilmoittaa kaksi tai useampia terveydenhoitajan vastaanottokäyntejä lukuvuoden aikana. Terveydenhoitaja on saatavilla kaikissa Suomen lukioissa (Rimpelä ym. 2009), joten palvelun saavuttamattomuus ei todennäköisesti estäisi ruotsinkielisiä lukiolaisia käymästä terveydenhoitajan vastaanotolla entistä useammin. Ruotsinkielisten selvästi suomenkielisiä yleisempi lääkärinvastaanotolla käynti selittää mahdollisesti osaltaan sitä, että heistä pienempi osa on käynyt terveydenhoitajan vastaanotolla erityisen usein.

### **8.2.3 Masentuneisuutta kokevien lukiolaisten opiskeluterveydenhuollon palvelujen käyttö**

Keskivaikean tai vaikean masentuneisuuden pistemäärän saaneet lukiolaiset olivat tyytymättömämpiä opiskeluterveydenhuoltoon heidän halutessaan keskustella henkilökohtaisista asioistaan (esim. masennus) kuin korkeintaan lievän masentuneisuuden pistemäärän saaneet. Tämä ero ilmeni samansuuntaisena molemmissa maakunnissa, molemmissa kieliryhmissä ja molemmilla sukupuolilla. Tämä tutkimustulos osoittaa, että



juuri siinä joukossa lukiolaisia, joka todella tarvitsisi apua masentuneisuuden vuoksi, tyytymättömyys opiskeluterveydenhuollosta saatavaan apuun on yleistä. Voidaan olettaa, että tyytyväisempi ryhmä, eli korkeintaan lievän masentuneisuuden pistemäärän saaneet lukiolaiset, ei ole yrittänyt saada opiskeluterveydenhuollosta keskustelua masennuksensa vuoksi, eivätkä he näin ollen pysty arvioimaan, saisivatko he apua jos tarvitsisivat. Tutkimuksen tulos siis kertoo, ettei opiskeluterveydenhuolto tällä hetkellä täysin vastaa masentuneisuudesta kärsivien lukiolaisten tarpeisiin. Olisikin tärkeää, että opiskeluterveydenhuollossa löydettäisiin uudenlaisia ja toimivia keinoja tukea ja auttaa masentuneisuudesta kärsiviä lukiolaisia ja heille tarjottaisiin riittävästi mahdollisuuksia keskustella ongelmistaan.

Kun opiskeluterveydenhuollon vastaanottokäyntejä tarkastellaan masentuneisuuden vaikeusasteen mukaan, voidaan huomata, että keskivaikeasta tai vaikeasta masentuneisuudesta kärsivillä suomenkielisillä lukiolaisilla terveydenhoitajan vastaanottokäynnit olivat yleisempiä kuin korkeintaan lievästä masentuneisuudesta kärsivillä. Ruotsinkielisillä lukiolaisilla tällaista masentuneisuuden vaikeusasteiden välistä eroa ei ilmennyt. Lääkärin vastaanottokäyntien määriä tarkasteltaessa näkyy sen sijaan, että masentuneisuuden vaikeusasteiden väliset erot ilmenivät ainoastaan ruotsinkielisillä lukiolaisilla. Keskivaikeasta tai vaikeasta masentuneisuudesta kärsivillä ruotsinkielisillä lukiolaisilla lääkärin vastaanottokäynnit olivat yleisempiä kuin korkeintaan lievästä masentuneisuudesta kärsivillä. Suomenkielisillä lukiolaisilla lääkärin vastaanottokäynnit olivat yhtä yleisiä molemmissa masentuneisuuden ryhmissä. Kieliryhmien välisiä eroja voidaan varmasti selittää sillä, että terveydenhoitajan vastaanotolla käyminen on suomenkielisillä ruotsinkielisiä yleisempää ja lääkärin vastaanotolla käyminen on ruotsinkielisillä suomenkielisiä yleisempää.

Masentuneisuuden vaikeusasteen mukaiset erot terveydenhoitajan (suomenkieliset lukiolaiset) ja lääkärin (ruotsinkieliset lukiolaiset) vastaanottokäyntien määrissä ilmenivät ainoastaan niillä lukiolaisilla, jotka olivat käyneet vastaanotolla. Opiskelijoita, jotka eivät ole käyneet vastaanotolla lainkaan, oli siis yhtä suuri osuus keskivaikeaa tai vaikeaa masentuneisuutta ilmoittaneiden ja korkeintaan lievää masentuneisuutta ilmoittaneiden joukossa. Tutkimustuloksia tarkasteltaessa onkin tärkeää kiinnittää huomiota siihen, että vaikka keskivaikeaa tai vaikeaa masentuneisuutta ilmoittaneet lukiolaiset kävivät muita lukiolaisia hieman yleisemmin terveydenhoitajan (suomenkieliset lukiolaiset) ja lääkärin (ruotsinkieliset

lukiolaiset) vastaanotolla, kuitenkin melko suuri osa myös masentuneisuutta ilmoittaneista lukiolaisista ei ollut etsinyt lainkaan apua opiskeluterveydenhuollosta. Kolmasosa keskivaikeaa tai vaikeaa masentuneisuutta ilmoittaneista ei ollut käynyt lainkaan terveydenhoitajan vastaanotolla ja noin kolme neljäsosaa keskivaikeaa tai vaikeaa masentuneisuutta ilmoittaneista ei ollut käynyt lainkaan lääkärin vastaanotolla viimeisen lukuvuoden aikana. Vastaanotolla käymättömiä on yhtä suuri osuus masentuneisuutta kokeneista lukiolaisista ja muista lukiolaisista. Sen sijaan niille masentuneisuutta kokeneilla lukiolaisilla, jotka ovat hakeneet apua opiskeluterveydenhuollon terveydenhoitajalta tai lääkäriltä, on keskimääräistä yleisempää käydä vastaanotoilla useita kertoja.

Tutkimustulos on samansuuntainen useiden muiden suomalaisten ja kansainvälisten tutkimusten kanssa, jotka osoittavat, että vain pieni osa masentuneista nuorista on hakenut apua masennukseensa (Lukkari ym. 1998, Flament ym. 2001, Wu ym. 2001, Aalto-Setälä 2002, Haarasilta ym. 2003, Haarasilta 2003). Haarasillan ym. (2003) tutkimuksen mukaan vain viidennes vakavaa masennustilaa sairastavista suomalaisista nuorista oli hakenut apua. Tämän tutkimuksen mukaan keskivaikean tai vaikean masentuneisuuden pistemäärän saaneista lukiolaisista Haarasillan ym. (2003) tutkimustulosta suurempi osuus oli käynyt opiskeluterveydenhuollon vastaanotoilla. On kuitenkin huomioitava se, että tässä tutkimuksessa ei ole eritelty syitä siihen, miksi lukiolaiset ovat käyneet terveydenhoitajan tai lääkärin vastaanotolla. Näin ollen ei voida olettaa, että keskivaikeaa tai vaikeaa masentuneisuutta ilmoittaneet lukiolaiset ovat hakeneet apua juuri masentuneisuuteen. Opiskeluterveydenhuollon vastaanottokäyntien määrissä ovat mukana esimerkiksi pakolliset kaikille opiskelijoille järjestettävät terveydenhoitajan ja lääkärin suorittamat terveystarkastukset. Tässä tutkimuksessa tarkasteltiin ainoastaan opiskeluterveydenhuollon terveydenhoitajan ja lääkärin vastaanottokäyntejä. Tutkimustulos ei siis kerro, ovatko masentuneisuutta kokeneet lukiolaiset hakeneet masentuneisuuteensa apua muista opiskeluterveydenhuollon palveluista (esim. psykologit) tai opiskeluterveydenhuollon ulkopuolella olevista terveydenhuollon palveluista.

Lisäksi tutkimukset osoittavat, että masentuneilla nuorilla fyysisten oireiden raportointi on tavallista yleisempää (Luopa ym. 2006, Kestilä ym. 2007). Näin ollen on todennäköistä, että monet heistä etsivät opiskeluterveydenhuollosta apua juuri fyysisiin vaivoihin, eikä masennus tule esiin syynä vastaanotolle hakeutumiseen. Olisikin tärkeää, että erityisen runsaasti

fyysisten vaivojen vuoksi opiskeluterveydenhuollonpalveluja käyttävien lukiolaisten psyykkisten oireiden tunnistamiseen kiinnitettäisiin entistä enemmän huomiota.

#### **8.2.4 Koettu avuntarve**

Tutkimukseen osallistuneista lukiolaisista keskivaikean tai vaikean masentuneisuuden pistemäärän saaneet kokivat tarvitsevansa apua masentuneen tai ahdistuneen mielialan takia yleisemmin kuin korkeintaan lievän masentuneisuuden pistemäärän saaneet. Kuitenkin keskivaikeaa tai vaikeaa masentuneisuutta ilmoittaneistakin vain pieni osa, noin joka neljäs, koki tarvitsevansa apua. Keskivaikeaa tai vaikeaa masentuneisuutta ilmoittaneista tytöistä suurempi osuus kuin pojista koki tarvitsevansa apua. Tulos on samansuuntainen Ojajärven (2003) ja Lukkarin ym. (1998) tutkimusten kanssa, joiden mukaan masentuneet nuoret eivät itse osaa tunnistaa avuntarvettaan. Lukkarin (1998) mukaan juuri se, että suurin osa masentuneista nuorista ei itse tunnista avuntarvettaan, on keskeinen syy masentuneiden nuorten vähäiseen avun hakemiseen. Tätä Lukkarin ym. (1998) ajatusta tukee se, että tässä tutkimuksessa ilmeni selvä yhteys koetun avuntarpeen ja opiskeluterveydenhuollon terveydenhoitajan ja lääkärin vastaanottokäyntien välillä: lukiolaiset, jotka kokivat tarvitsevansa apua masentuneen tai ahdistuneen mielialan takia, kävivät muita lukiolaisia yleisemmin sekä terveydenhoitajan että lääkärin vastaanotolla. On kuitenkin huomioitava myös se, että niistäkin lukiolaisista, jotka kokivat tarvitsevansa apua, vain osa oli hakeutunut opiskeluterveydenhuollon terveydenhoitajan tai lääkärin vastaanotolle. Myös Biddlen ym. (2004) englantilaisen tutkimuksen mukaan suuri osa mielenterveysongelmista kärsivistä nuorista ei ollut hakenut apua siitä huolimatta, että he tunnistivat avuntarpeensa. Joka tapauksessa tässä tutkimuksessa opiskeluterveydenhuollon vastaanotoille hakeutumisen todennäköisyyttä lisäsi kokemus avuntarpeesta, vaikkakaan ainoastaan koetun avuntarpeen avulla ei voida selittää vastaanotolle hakeutumista.

Terveydenhoitajan vastaanottokäyntien määrissä avuntarveryhmien väliset erot ilmenivät molemmissa maakunnissa ja molemmissa kieliryhmissä. Sen sijaan lääkärin vastaanottokäyntejä tarkasteltaessa maakunnittain erot ilmenivät ainoastaan Pohjanmaalla. Uudellamaalla lukiolaiset, jotka kokivat tarvitsevansa apua, eivät siis käyneet lääkärin vastaanotolla muita avuntarveryhmiä yleisemmin. Lisäksi avuntarveryhmien väliset erot lääkärin vastaanottokäyntien määrissä ilmenivät ainoastaan ruotsinkielisillä lukiolaisilla.

Lääkärin vastaanottokäyntien määrissä maakunnittaista ja kieliryhmittäistä vaihtelua avuntarveryhmien välisissä eroissa selittää varmasti se, että lukiolaisten lääkärinvastaanotolla käyminen oli Pohjanmaalla yleisempää kuin Uudellamaalla ja ruotsinkielisillä selvästi yleisempää kuin suomenkielisillä. Sekä terveydenhoitajan että lääkärin vastaanottokäyntien määrissä avuntarveryhmien väliset erot ilmenivät ainoastaan tytöillä. Tarkasteltaessa tyttöjä terveydenhoitajan vastaanottokäynneissä avuntarveryhmien väliset erot ilmenivät ainoastaan suomenkielisillä ja lääkärin vastaanottokäynneissä ainoastaan ruotsinkielisillä. Tätä sukupuolten välistä ja kieliryhmittäistä vaihtelua selittää se, että yleisesti vastaanottokäyntejä tarkasteltaessa ilmeni, että tytöillä sekä terveydenhoitajan että lääkärin vastaanottokäynnit olivat poikia yleisempiä ja tytöt kokivat poikia yleisemmin tarvitsevana apua. Lisäksi suomenkielisille lukiolaisille oli ruotsinkielisiä tyypillisempää käydä terveydenhoitajan vastaanotolla ja ruotsinkielisille oli suomenkielisiä tyypillisempää käydä lääkärin vastaanotolla.

Tutkimuksen tulokset kertovat, ettei suurin osa masentuneisuutta kokevista lukiolaisista osannut tunnistaa avuntarvettaan. Avuntarpeen tunnistamisen yhteys opiskeluterveydenhuollon palvelujen käyttämiseen oli selkeä eli apua tarvitsevat käyttivät palveluja muita lukiolaisia enemmän. Olisi tärkeätä, että lukiolaisten terveyden edistämisen ja erityisesti terveystietokasvatuksen tavoitteena olisi entistä selkeämmin antaa taitoja tunnistaa omaa ja myös opiskelutovereiden mahdollista masennusoireilua ja ymmärtää avun hakemisen merkitys.

Kannaksen (2002) ja Terhon (2002) mukaan lukion terveystietokasvatuksessa on mukana mielenterveyteen liittyvä aspekti. Opiskeluterveydenhuollon terveydenhoitajan ja lääkärin tarkastusten lisäksi terveystieto-oppiaine tarjoaa mahdollisuuden välittää lukiolaisille tietoja masennuksesta ja masennusoireilusta. Lukion opetussuunnitelman perusteista (Opetushallitus 2003) ilmenee, että mielenterveyshyönteikka on jo nyt esillä terveystiedon kurssien sisällöissä. Tämä tutkimus kuitenkin osoittaa, ettei suuri osa masentuneisuutta kokevista lukiolaisista osaa tunnistaa avuntarvettaan, joten on tärkeää pohtia, voisiko terveystieto-oppiaineen opetuksessa olla mahdollista nostaa vielä entistä enemmän esiin nuorten masennus ja masennusoireilu sekä terveydenhuollon palvelujen käyttö. Masennusteemojen käsittelyssä ja opetuksessa näkökulman tulisi olla voimavaraistava. Lukiolaiset tarvitsisivat konkreettista tietoa masennusoireilusta ja sen yleisyydestä. Erityisen tärkeää olisi opettaa lukiolaisia tunnistamaan lievätkin masennusoireet. Masennuksen hoitoa helpottaa, jos avuntarve

tunnistetaan ja hoitoon hakeudutaan jo lievän masennusoireilun vaiheessa ennen kuin masennus on edennyt vaikea-asteiseksi. Lisäksi olisi tärkeää, että lukiolaiset saisivat selkeää tietoa heidän käytössään olevista terveydenhuollon palveluista ja niiden käytöstä.

Kestilän ym. (2007) ja Laineen (2005) tutkimuksista ilmenee, että masennuksen sairastamiseen liittyy yhä vieläkin häpeän tunne. Masennuksesta tulisikin puhua nuorille tavalla, joka ei liitä masennusoireiluun häpeän tunnetta, eikä aiheuta masentuneisuutta sairastavien nuorten leimautumista. Masennukseen liittyvä häpeän tunne saattaa olla yksi syy siihen, miksi nuorten on vaikea tunnustaa itselleen tarvitsevansa apua. Masennusoireiluun liittyvän keskustelun tavallisuutta ja arkipäiväisyyttä saattaisi lisätä esimerkiksi koulussa järjestettävät mielen hyvinvointiin liittyvät teemapäivät.

Lukion henkilökunnan opiskelijoiden masennusoireilun tunnistamiseen liittyvien taitojen merkitys korostuu, kun nuoret eivät itse osaa tunnistaa avuntarvettaan. Luokattomassa lukiossa opettajien voi kuitenkin olla vaikeaa huomata yksittäisten opiskelijoiden ongelmia, koska opetusryhmät vaihtuvat jatkuvasti ja yksittäiset opiskelijat häviävät helposti massaan. (Opetushallitus 2006, Olkinuora 2007). Masentuneiden nuorten hoitoon hakeutumista voisi kuitenkin lisäksi lisätä se, että lukioissa nuorten parissa työskentelevät aikuiset osaisivat tunnistaa entistä paremmin nuorten masennusoireilua ja ohjata nuoria opiskeluterveyden palveluihin.

### **8.3 Jatkotutkimusaiheita**

Tämän tutkimuksen tuloksista nousi esiin erityisesti Uudenmaan lukiolaistyttyjen kieliryhmien väliset selkeät erot masentuneisuuden yleisyydessä. Mikä selittää sitä, että Uudenmaan ruotsinkielisillä tytöillä masennusoireilu on keskimääräistä harvinaisempaa ja suomenkielisillä tytöillä keskimääräistä yleisempää? Ilmeneekö Uudenmaan tytöillä tällainen kieliryhmien välinen masentuneisuuden ero lukiolaisten lisäksi peruskoululaisilla, ammatillisissa oppilaitoksissa opiskelevilla, korkeakouluopiskelijoilla ja muilla nuorilla aikuisilla?

Näiden kieliryhmien välisten erojen syiden tarkastelu vaatisi jatkotutkimusta. Tarkastelun kohteena voisi olla esimerkiksi näiden tyttöjen kokemukset lukio-opiskelusta, sosiaalisista

suhteista ja perheen sosioekonominen asema. Kvantitatiivisten tutkimusmenetelmien ohessa kvalitatiivinen tutkimusote voisi auttaa ilmiön ymmärtämisessä. Kestilän (2003) tutkimuksessa on tarkasteltu helsinkiläisiä suomen- ja ruotsinkielisiä nuoria ja vertailtu kieliryhmien kokemuksia esimerkiksi koulunkäynnistä, päihteiden käytöstä ja perheen kanssa vietetystä ajasta. Olisikin mielenkiintoista tarkastella tällaisten tekijöiden yhteyttä nuorten psyykkiseen hyvinvointiin ja masennukseen.

Useissa tutkimuksissa on todettu masentuneisuuden yhteys sosiaalisten suhteiden puuttumiseen ja heikkoon sosiaaliseen tukeen (esim. Olsson ym. 1999, Field ym. 2001, Ojajarvi 2003, Luopa ym. 2006). Nuorten elämässä internet on usein keskeinen osa sosiaalista vuorovaikutusta. Erilaiset sosiaalisen median muodot tarjoavat nuorille mahdollisuuden virtuaaliseen kanssakäymiseen toisten ihmisten kanssa, mikä saattaa joissain tapauksissa vähentää kasvokkain tapahtuvaa vuorovaikutusta ja todellisia ihmissuhteita. (Kangas ym. 2008.) Mielenkiintoinen jatkotutkimusaihe olisikin vertailla suomenkielisten ja ruotsinkielisten nuorten internetin käyttömääriä (erityisesti esim. facebook, irc-galleria, twitter, youtube) ja tarkastella internetin käytön yhteyttä nuorten masentuneisuuteen ja masennukseen.

Useat tutkimukset ovat osoittaneet taiteen positiivisen merkityksen hyvinvoinnille (ks. esim. von Brandenburg 2008, Hyyppä & Liikanen 2005). Suomessa on erityislukioita, joiden opetustarjonnassa painottuvat taideaineet. Tällaisia lukioita ovat esimerkiksi musiikkilukiot, kuvataidelukiot ja ilmaisutaidon lukiot. Näkyvätkö taideaineiden ja -harrastusten hyvinvointivaikutukset myös lukio-opiskelussa? Onko taidelukioiden opiskelijoilla masentuneisuus keskimääräistä vähäisempää? Koistinen (2010) on tutkinut musiikkiin ja tanssiin painottuvan Sibelius-lukion opiskelijoiden hyvinvointia. Tutkimuksen mukaan Sibelius-lukion opiskelijat kokivat lukion erityisen koulutustekijän toimivan oppilaita yhdistävänä ja hyvinvointia lisäävänä tekijänä lukio-opiskelussa. Kuitenkin opiskeluun liittyvä väsymys ja uupumus olivat heidän keskuudessaan yleisiä ongelmia. (Koistinen 2010.) Taidelukioiden opiskelijoita tarkasteltaessa olisikin tärkeää pohtia myös sitä, millaisia vaikutuksia taideharrastuksella on nuorten mielenterveydelle ja hyvinvoinnille sellaisissa tapauksissa, kun harrastamiseen liittyy ammatillisia pyrkimyksiä ja se muuttuu kurinalaiseksi ja kilpailuhenkiseksi toiminnaksi. Voidaan siis myös kysyä, onko masentuneisuus taidelukioiden opiskelijoilla keskimääräistä tavallisempaa.

Tämä tutkimus osoitti, että suuri osa masentuneisuutta kokevista lukiolaisista ei osaa itse tunnistaa avuntarvettaan, mikä voi estää avun hakemisen terveydenhuollon palveluista. Näin ollen olisi erityisen tärkeää, että opettajat osaisivat tunnistaa opiskelijoiden masennusoireilua. Yksi jatkotutkimusidea olisi tutkia, antaako opettajien koulutus opettajille riittäviä valmiuksia tällaiseen opiskelijoiden masennusoireilun tunnistamiseen. Ovatko terveystiedon opettajat tässä tilanteessa erityisen keskeisessä asemassa, koska heidän oppiaineessaan käsitellään mielenterveyteen liittyviä asioita?

Kouluterveyskyselyissä kartoitetaan monista näkökulmista koululaisten terveydenhuoltopalveluiden käyttöä, kokemusta niiden saavutettavuudesta ja tyytyväisyyttä (THL 2009), joten tilastollista tutkimustietoa opiskeluterveydenhuollon palveluiden käytöstä löytyy paljon. Tämän tutkimuksen tulos osoitti, ettei opiskeluterveydenhuolto tällä hetkellä täysin vastaa masentuneisuudesta kärsivien lukiolaisten tarpeisiin. He eivät koe saavansa keskusteluapua masennuksensa vuoksi. Masentuneisuudesta kärsivien lukiolaisten opiskeluterveydenhuoltoon kohdistuvan tyytymättömyyden syiden ymmärtäminen vaatisi mahdollisesti kvalitatiivista tutkimusotetta. Kvalitatiivinen tutkimusote voisi tuoda strukturoiduilla kyselylomakkeilla suoritettujen kvantitatiivisten tutkimusten rinnalle uudenlaista informaatiota opiskelijoiden ajatuksista opiskeluterveydenhuollosta ja osaltaan auttaa opiskeluterveydenhuollon palveluiden kehittämistä niiden käyttäjien tarpeisiin vastaaviksi.

Lisäksi tämän tutkimuksen tuloksista nousi esiin se, että suomenkielinen ja ruotsinkielinen kieliryhmä käyttävät opiskeluterveydenhuollon palveluja eri tavoin. Suomenkielisille on ruotsinkielisiä tyypillisempää käydä terveydenhoitajan vastaanotolla ja ruotsinkielisille on suomenkielisiä tyypillisempää käydä lääkärin vastaanotolla. Näiden kieliryhmien välisten erojen syiden tarkastelu olisi tärkeää. Onko esimerkiksi palvelujen saatavuudessa todellisia eroja suomenkielisten ja ruotsinkielisten lukioiden välillä? Ohjataan suomenkielisissä ja ruotsinkielisissä lukioissa opiskelevia opiskelijoita eri tavoin hakeutumaan opiskeluterveydenhuollon palveluihin?

## LÄHTEET

Aalberg, V. & Siimes, M. A. Lapsesta aikuiseksi. Nuoren kypsyminen naiseksi tai mieheksi. 2. painos. Jyväskylä: Kustannusosakeyhtiö Nemo, 2007.

Aalto-Setälä, T. Depressive disorders among young adults. Publications of the National Public Health Institute. KTL A22/2002. Helsinki, 2002.

Anderman, E. M. School effects on psychological outcomes during adolescence. *Journal of Educational Psychology* 2002; 94: 795-809.

Beardslee, W.R., Versage, E.M. & Gladstone, T.R. Children of affectively ill parents: a review of the past 10 years. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 1998; 37: 1134-1141.

Beck, A. T., Rial, W. Y. & Rickels, K. Short form of depression inventory: cross-validation. *Psychological Reports* 1974; 34: 1184-1186.

Beck, A. T., Ward, C. H., Mendelson, M., Mock, J. & Erbaugh, J. An Inventory for Measuring Depression. *Archives of General Psychiatry* 1961; 4: 53-63.

Biddle, L., Gunnell, D., Sharp, D. & Donovan, J. L. Factors influencing help seeking in mentally distressed young adults: across-sectional survey. *British Journal of General Practice* 2004; 54: 248-253.

Biederman, J., Faraone, S., Mick, E. & Lelon, E. Psychiatric Comorbidity among Referred Juveniles with Major Depression: Fact or Artifact? *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 1995; 34: 579-590.

Birmaher, B., Ryan, N. D., Williamson, D. E., Brent, D. A. & Kaufman, J. Childhood and adolescent depression: a review of the past 10 years. Part I. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 1996; 35: 1427-1439.

Birmaher B & the Work Group of Quality issues. Practice parameters for the assessment and treatment of children and adolescents with depressive disorders. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 1998; 37:63S-83S

Bjorner, J. B., Kristensen, T. S., Orth-Gomer, K., Tibblin, G., Sullivan, M. & Westerholm, P. Self-rated Health. A useful concept in research, prevention and clinical medicine. *Forskningsrådsnämnden*. Uppsala: Ord & Form AB, 1996.

von Brandenburg, C. Kulttuurin ja hyvinvoinnin välisistä yhteyksistä. Näköaloja taiteen soveltavaan käyttöön. Opetusministeriön julkaisu 12. Helsinki, 2008.

Breidablik, H.-J., Meland, E. & Lydersen, S. Self-rated Health in Adolescence: A multifactorial composite. *Scandinavian Journal of Public Health* 2008; 36: 12-10.

Bumberry, W., Oliver, J. M. & McClure, J. N. Validation of the Beck Depression Inventory in a university population using psychiatric Estimate as the criterion. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 1978; 46: 150-155.



- Clarkeburn, H. & Mustajoki, A. Tutkijan arkipäivän etiikka. Tampere: Vastapaino, 2007.
- Dunderfelt, T. Elämäkaaripsykologia. Lapsen kasvusta yksilön henkiseen kehitykseen. Porvoo: WSOY, 1998
- Crick, N. R., & Zahn-Waxler, C. The development of psychopathology in females and males: Current progress and future challenges. *Development and Psychopathology* 2003; 15: 719–742.
- Duodecim. Käypä hoito –suositus. Depressio.2004 [WWW-dokumentti]. Päivitetty 29.1.2004 [viitattu 2.1.2009]  
[http://www.kaypahoito.fi/kotisivut/sivut.koti?p\\_sivusto=6&p\\_navi=1303&p\\_url=http://www.kaypahoito.fi/kh/kh\\_julkaisu.suositukset](http://www.kaypahoito.fi/kotisivut/sivut.koti?p_sivusto=6&p_navi=1303&p_url=http://www.kaypahoito.fi/kh/kh_julkaisu.suositukset)
- Ellonen, N. Kasvuyhteys nuoren turvana. Sosiaalisen pääoman yhteys nuorten masentuneisuuteen ja rikekäyttäytymiseen. Tampereen yliopisto. Tampere, 2008.
- Erikson, E. H. *Identity Youth and Crisis*. New York: W. W. Norton & Company, 1968.
- Field, T., Diego, M. & Sanders, C. Adolescent depression and risk factors. *Adolescence* 2001; 36: 491-498.
- Flament, M. F., Cohen, D., Choquet, M., Jeammet, P & Ledoux, S. Phenomenology, Psychosocial Correlates, and Treatment Seeking in Major Depression and Dysthymia of Adolescence. *Journal of the American Academy of child and adolescent psychiatry* 2001; 40: 1070-1078.
- Fröjd, S., Kaltiala-Heino, R. & Marttunen, M. 9-luokkalaisten mielenterveys Tampereella ja Vantaalla, kaksivuotisseuranta. Pirkanmaan sairaanhoitopiirin julkaisuja 6/2006. Tampere, 2006.
- Fröjd, S.A., Nissinen, E.S., Pelkonen, M.U.I., Marttunen, M.J., Koivisto, A-M. & Kaltiala-Heino, R. Depression and school performance in middle adolescent boys and girls. *Journal of Adolescence* 2008; 31: 485-498.
- Garson, G. D. Statnotes: an Online Textbook. Logistic Regression. [WWW-dokumentti]. Päivitetty 7.8.2009 [viitattu 10.3..2010]  
<http://faculty.chass.ncsu.edu/garson/PA765/logistic.htm>
- González-Tejera, G., Canino, G., Ramírez, R., Chávez, L., Shrout, P., Bird, H., Bravo, M., Martínez-Taboas, A., Ribera, J. & Bauermeister, J. Examining minor and major depression in adolescents. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 2005; 46: 888-899.
- Haarasilta, L. Major depressive episode in adolescents and young adults – a nationwide epidemiological survey among 15-24-year-olds. Publications of the National Public Health Institute. KTL A14/2003. Helsinki, 2003.
- Haarasilta, L., Aalto-Setälä, T., Pelkonen, M. & Marttunen, M. Nuorten masennus: esiintyvyys, muut mielenterveyden häiriöt ja terveystalvelujen käyttö. *Suomen lääkirilehti* 2000; 24-26: 2635-2640.

- Haarasilta, L., Marttunen, M., Kaprio, J. & Aro, H. The 12-month prevalence and characteristics of major depressive episode in a representative nationwide sample of adolescents and young adults. *Psychological Medicine* 2001; 31: 1169-1179.
- Haarasilta, L., Marttunen, M., Kaprio, J. & Aro, H. Major depressive episode and health care use in adolescents and young adults. *Social psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 2003; 38: 366-372.
- Hankin, B. L., Abramson, L.Y., Moffitt, T.E., Silva, P.A., McGee, R. & Angell, K.E. Development of Depression from Preadolescence to Young Adulthood: Emerging Gender Differences in a 10-year Longitudinal Study. *Journal of Abnormal Psychology* 1998; 107: 128-140.
- Hartung, C. M. & Widiger, T. A. Gender differences in the diagnosis of mental disorders: Conclusions and controversies of the DSM-IV. *Psychological Bulletin* 1998; 123: 260-278.
- Havighurst, R. J. *Developmental tasks and education*. Third edition. New York: Mckay, 1972
- Heikkilä, T. *Tilastollinen tutkimus*. Helsinki: Edita, 1999.
- Hyypä, M. T. *Elinvoimaa yhteisöstä. Sosiaalinen pääoma ja terveys*. Keuruu: PS-kustannus, 2002.
- Hyypä, M. T. & Liikanen H-L. *Kulttuuri ja terveys*. Helsinki: Edita, 2005.
- Hyypä, M. T. & Mäki, J. Individual-Level Relationships between Social Capital and Self-Rated Health in a Bilingual Community. *Preventive Medicine* 2001a; 32: 148-155.
- Hyypä, M. T. & Mäki, J. Why do Swedish-speaking Finns have longer active life? An area for social capital research. *Health Promotion International* 2001b; 16: 55-64.
- Isometsä, E. Masennushäiriöt. Teoksessa Lönnvist, J., Heikkinen, M., Henriksson, M., Marttunen, M. & Partonen, T. (toim.) *Psykiatria*. Jyväskylä: Duodecim, 2007: 157-195.
- Jakonen, S. Kouluterveydenhuollon merkitys. Teoksessa Laukkanen, E., Marttunen, M., Miettinen, S. & Pietikäinen, M. (toim.) *Nuoren psyykkisten ongelmien kohtaaminen*. Hämeenlinna: Duodecim, 2006: 156-164.
- Kaltiala-Heino, R., Rimpelä, M., Marttunen, M., Rimpelä, A. & Rantanen, P. Bullying, depression and suicidal ideation in Finnish adolescents: School survey. *British Medical Journal* 1999; 319: 348-351.
- Kaltiala-Heino, R.-K., Rimpelä, M & Rantanen, P. Nuorten mielialan mittaaminen. *Suomen lääkärilehti* 1998; 53: 3891-3898.
- Kaltiala-Heino, R., Rimpelä, M. & Rantanen, P. School performance and self-reported depressive symptoms in middle adolescence. *Psychiatria fennica* 1998; 29: 40-49.

Kaltiala-Heino, R.-K., Rimpelä, M., Rantanen, P & Laippala, P. Adolescent depression: the role of discontinuities in life course and social support. *Journal of Affective Disorders*, 2001; 64: 155-166.

Kaltiala-Heino, R.-K., Rimpelä, M., Rantanen, P & Laippala, P. Finnish modification of the 13-item Beck Depression Inventory in screening an adolescent population for depressiveness and positive mood. *Nordic Journal of Psychiatry* 1999; 53: 451-457.

Kangas, S., Lundvall, A. & Sintonen, S. Lasten ja nuorten mediamaailma pätkinänkuoressa. Liikenne- ja viestintäministeriö. Lasten ja nuorten mediafoorumi 2008.

Kannas, L. Kolme arvoitusta – terveys, kasvatusta, inhimillinen kasvu ja kehitys. Teoksessa Peltonen, H. (toim.) *Kouluterveyden arvoitusta pohtimassa*. Opetushallitus. Helsinki, 1994: 49-65.

Kannas, L. Koulun terveyden edistämisen haasteet. *Liikunta & Tiede* 1998; 1: 32-35.

Kannas, L. Terveyskasvatusta terveyden edistämisen keinona. Teoksessa Terho, P., Ala-Laurila, E.-L., Laakso, J., Krogius, H. & Pietikäinen, M. (toim.) *Kouluterveydenhuolto*. 2. painos. Jyväskylä: Duodecim, 2002: 412- 422.

Kansanterveyslaki 626/2007

Karlsson, L. & Marttunen, M. Nuorten depressio. Tietoa nuorten kanssa työskenteleville aikuisille. Kansanterveyslaitoksen julkaisuja B 10. Helsinki, 2007.

Karlsson, L., Pelkonen, M., Aalto-Setälä, T. & Marttunen, M. Nuorten masennus – vakava sairaus, jonka hoitoa tutkittu vähän. *Suomen lääkäri* 2005; 27-29: 2879-2883.

Karlsson, L., Pelkonen, M., Ruutu, T., Kiviruusu, O., Heilä, H., Holli, M., Kettunen, K., Tuisku, V., Tuulio-Henriksson, A., Törrönen, J. & Marttunen, M. Current Comorbidity among Consecutive Adolescent Psychiatric Outpatients with DSM-IV Mood Disorders. *European child & Adolescent Psychiatry* 2006; 15: 220-231.

Karvonen, S., Rimpelä, M. & Luopa, P. Kuntien väliset erot lasten ja nuorten terveydessä ja terveystottumuksissa. Peruseräraportti 2000-2002. Stakes. tutkimuksia 131. Saarijärvi, 2003.

Karvonen, S., Vikat, A. & Rimpelä, M. The role of school context in the increase in young people's health complaints in Finland. *Journal of Adolescence* 2005; 28: 1-16.

Kepler, K. Nuorten koettu terveys, terveystottumukset ja sosiaalisuusympäristö Virossa. *Studies in sport, physical education and health* 65. Jyväskylän yliopisto. Jyväskylä, 1999.

Kessler, R. C., Avenevoli S. & Merikangas, K. R. Mood disorders in children and adolescents: an epidemiologic perspective. *Biological Psychiatry* 2001; 49: 1002-1014.

Kestilä, L. Helsingin ruotsinkieliset nuoret. Myönteisen poikkeavuuden analyysi. Helsingin kaupungin tietokeskus. Tutkimuskatsauksia 1. Helsinki, 2003.

Kestilä, L. K., Koskinen, S., Kestilä, L., Suvisaari, J. Aalto-Setälä, T. & Aro, H. Nuorten aikuisten psyykinen oireilu: riskitekijät ja terveystieteellisten käytö. Suomen lääkäri-lehti 2007; 62: 3979-3986.

Koistinen, M. Nuorten hyvinvointi, opiskelu ja opisto-ohjaus erityisen koulutustehtävän saaneissa lukiossa. Helsingin yliopisto. Käyttäytymistieteellinen tiedekunta. Opettajankoulutuslaitos. Tutkimuksia 319. Helsinki, 2010.

Konu, A. Oppilaiden hyvinvointi koulussa. Acta Universitatis Tamperensis 887. University of Tampere. Tampere, 2002.

Korhonen, J. Terveyskasvatuksen ja terveystiedon opetussuunnitelmat sekä näkökohtia niiden kehittämiseksi. Terveystieteen laitoksen julkaisusarja 8/1998. Jyväskylän yliopisto. Jyväskylä, 1998.

Korkeila, J. Stressi, masennus ja avuntarve. Suomen lääkäri-lehti 2005; 60: 4373- 4377.

Korppas, M. Opintojen kuormittavuus ja nuorten koulu-uupumus. Teoksessa Klemelä, K., Olkinuora, E., Rinne, R. & Virta A. (toim.) Lukio nuorten opiskelutienä. Turkulainen lukio opiskelijoiden, vanhempien ja opettajien silmin 2000-luvun alussa. Turun yliopiston kasvatustieteiden tiedekunnan julkaisuja A: 206, 2007: 153-180.

Kosonen, P. A. Opiskelun mielekkyys ja opintomotivaatiot lukiossa. Kasvatustieteiden tutkimuslaitoksen julkaisusarja A. Tutkimuksia 44. Jyväskylä, 1991.

Kuula, A. Tutkimusetiikka. Aineistojen hankinta, käyttö ja säilytys. Jyväskylä: Vastapaino, 2006.

Kuusinen, J. Nuorten aikuisten kehitystehtävät, onnellisuus ja kehityksen hallinta. Teoksessa Lyytinen, P., Korhokangas, M. & Lyytinen, H. (toim.) Näkökulmia kehityspsykologiaan. Kehitys kontekstissään. Porvoo: WSOY , 1995: 311-322.

Laine, O. Psyykinen kehitys. Teoksessa Terho, P., Ala-Laurila, E-L., Laakso, J. Krogius, H. & Pietikäinen M. (toim.) Kouluterveydenhuolto. 2. painos. Jyväskylä: Duodecim, 2002: 103-109.

Laine, S. Differences in the help-seeking behavior of depressed finnish young adults with suicidal tendencies. Teoksessa Hoikkala, T., Hakkarainen, P. & Laine, S. (toim.) Beyond Health Literacy. Youth Cultures, Prevention and Policy. Finnish Youth Research Network/ Finnish Youth research Society Publications 52. Stakes. Helsinki, 2005.

Lewinsohn, P. M., Hops, H., Roberts, R. E., Seeley, J.R. & Andrews, J. A. Adolescent Psychopathology: I. Prevalence and Incidence of Depression and Other DSM-III-R Disorders in High School Students. Journal of Abnormal Psychology 1993; 102: 133-144.

Lewinsohn, P. M., Rohde, P., Klein, D. N. & Seeley, J. R. Natural Course of Adolescent Major Depressive Disorder: I. Continuity Into Young Adulthood. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry 1999; 38: 56-63.

Lewinsohn, P. M., Rohde, P., Seeley, J.R., Klein, D. N. & Gotlib, I. Natural Course of Adolescent Major Depressive Disorder in a Community Sample: Predictors of Recurrence in Young Adults. *The American journal of Psychiatry* 2000; 157: 1584-1591.

Lindhom, L. Health Motives and Life Values. A Study of Young Persons' Reasons for Health. *Scandinavian journal of Caring Sciences* 1997; 11: 81- 89.

Lukiolaki 629/1998

Lukkari, O., Kaltiala- Heino, R, Rimpelä, M. & Rantanen, P. 1998. Nuorten kokema avuntarve ja hoitoon hakeutuminen masennuksen vuoksi. *Suomen lääkäri-lehti* 1998; 53: 1765-1768.

Luopa, P., Pietikäinen, M. & Jokela, J. Kouluterveyskysely 1998-2007: Nuorten hyvinvoinnin kehitys ja alueelliset erot. Helsinki: Stakes. 2008. [WWW-dokumentti] [viitattu 2.1.2009] <http://www.stakes.fi/verkkojulkaisut/raportit/R23-2008-VERKKO.pdf>

Luopa, P., Pietikäinen, M. & Jokela, J. Mistä tukea? Helsinkiläisnuorten masentuneisuus, koulukiusaaminen ja luvattomat poissaolot vuosina 1996–2006. Helsinki: Terve ja turvallinen kaupunki –neuvottelukunta, STAKES, 2006.

Lönnqvist, J. Itsemurhat. Teoksessa Aromaa, A., Huttunen, J., Koskinen, S. & Teperi, J. (toim.) *Suomalaisten terveys*. Helsinki: Duodecim, 2005: 185-189.

Martelin, T., Koskinen, S. & Lahelma, E. Väestöryhmien väliset terveyserot. Teoksessa Aromaa, A., Huttunen, J., Koskinen, S. & Teperi, J. (toim.) *Suomalaisten terveys*. Helsinki: Duodecim, 2005: 266-276.

Martelin, T., Koskinen, S. & Valkonen, T. Kuolleisuus. Teoksessa Aromaa, A., Huttunen, J., Koskinen, S. & Teperi, J. (toim.) *Suomalaisten terveys*. Helsinki: Duodecim, 2005: 117-129.

Marttunen, M. J. , Aro, H. M., Henriksson, M. M. & Lönnqvist, J. K. mental Disorders in Adolescent Suicide. DSM-III-R Axes I and II Diagnoses in Suicides Among 13- to 19-Year-Olds in Finland. *Archives of General Psychiatry* 1991; 48: 834-839.

Marttunen, M. Nuoruuden mielialahäiriöiden tunnistaminen. *Suomenlääkäri-lehti* 1996; 27: 2701-2707.

Marttunen, M. & Kaltiala- Heino, R. Nuorisopsykiatria. Teoksessa Lönnqvist, J., Heikkinen, M., Henriksson, M., Marttunen, M. & Partonen, T. (toim.) *Psykiatria*. Jyväskylä: Duodecim, 2007: 591-930.

McRae, K. D. Conflict and Compromise in Multilingual Societies. Finland. *Suomalaisen tiedeakatemian toimituksia*. Sarja Humaniora 306. Rauma: The Finnish Academy of Science and Letters & Wilfrid Laurier University Press, 1999.

Mechanic, D. & Hansell, S. Adolescent competence, psychological well-being and self-assessed physical health. *Journal of Health & Social Behavior* 1987; 28: 364-374.

Metsämuuronen, J. Tutkimuksen tekemisen perusteet ihmistieteissä. 2. painos. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy, 2006

Mielenterveyslaki 14.12.1990/1116

Mikolajczyk, R.T., Maxwell, A.E., Ansari, W. El., Naydenova, V., Stock, C., Ilieva, S., Dudziak, U. & Nagyova, I. Prevalence of depressive symptoms in university students from Germany, Denmark, Poland and Bulgaria. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 2008; 43: 105-112.

Mitchell, J., McCauley, E., Burke, P.M. & Boss, S.J. Phenomenology of depression in children and adolescents. *Journal of the American Academy of child and adolescent psychiatry* 1988; 27: 12-20.

Moilanen, K. L., Shaw, D. S. & Maxwell, K. L. Developmental cascades: Externalizing, internalizing, and academic competence from middle childhood to early adolescence. *Development and Psychopathology* 2010; 22: 635–653.

Nuevo, R., Lehtinen, V., Reyna-Liberato, P. M. & Ayuso-Mateos, J. L. Usefulness of the Beck Depression Inventory as a screening method for depression among the general population of Finland. *Scandinavian Journal of Public Health* 2009; 37: 28-34.

Nummela, O., Helakorpi, S., Laatikainen, T. Uutela, A. & Puska, P. Terveyskäyttäytyminen ja terveydentila maakunnittain Suomessa 1978-1999. Kansanterveyslaitoksen julkaisuja B 10/2000. Helsinki, 2000.

Nummenmaa, T., Konttinen, R., Kuusinen, J. & Leskinen E. Tutkimusaineiston analyysi. Porvoo: WSOY, 1997.

Nurmi, J-E. Adolescent Development in an Age-graded Context: The Role of Personal Beliefs, Goals, and Strategies in the Tackling of Developmental Tasks and Standards. *International Journal of Behavioral Development* 1993; 16: 169-189.

Nurmi, J-E. Nuoruusiän kehitys: etsintää, valintoja ja noidankehiä. Teoksessa Teoksessa Lyytinen, P., Korhikangas, M. & Lyytinen, H. (toim.) Näkökulmia kehityspsykologiaan. Kehitys kontekstissään. Porvoo: WSOY, 1995: 256-274.

Nurmi, J. E. Self-Definition and Mental Health During Adolescence and Young Adulthood. Teoksessa Schulenberg, J., Maggs, J. L. & Hurrelmann, K. (toim.) Health Risks and Developmental Transitions During Adolescence. Cambridge: Cambridge University Press, 1997: 395-419.

Nurmi, J-E., Ahonen, T., Lyytinen, H., Pulkkinen, L. & Ruoppila, I. Ihmisen psykologinen kehitys. Helsinki: WSOY, 2006.

Nyqvist, F., Finnäs, F., Jakobsson, G. & Koskinen, S. The effect of social capital on health: The case of two language groups in Finland. *Health & Place* 2008; 14: 347-360.

Ojajärvi, A. Kestävä kaverisi. Lukiolaisten hyvinvointitutkimus 2003. Helsinki: Suomen Lukiolaisten Liitto ry, 2003.

Olkinuora, E., Tuittu, A., Klemelä, K. Leppänen, R. & Aro, K. Lukiossa opiskelu opiskelijoiden näkökulmasta. Teoksessa Klemelä, K., Olkinuora, E., Rinne, R. & Virta A. (toim.) Lukio nuorten opiskelutienä. Turkulainen lukio opiskelijoiden, vanhempien ja opettajien silmin 2000-luvun alussa. Turun yliopiston kasvatustieteiden tiedekunnan julkaisuja A: 206, 2007: 41-122.

Olsson, G. & von Knorring, A.-L. Beck's Depression Inventory as a screening instrument for adolescent depression in Sweden: Gender differences. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 1997; 95: 277-282.

Olsson, I., G., Nordström, M.-L., Arinell, H. & von Knorring, A.L. Adolescent depression and stressful life events. A case – control study within diagnostic subgroups. *Nordic Journal of Psychiatry* 1999; 53: 339-346.

Opetushallitus. Lukion opetussuunnitelman perusteet. Opetushallitus: Määräys 33/011/2003. Helsinki, 2003. [WWW-dokumentti] [viitattu 15.9.2010] [http://www.oph.fi/download/47345\\_lukion\\_opetussuunnitelman\\_perusteet\\_2003.pdf](http://www.oph.fi/download/47345_lukion_opetussuunnitelman_perusteet_2003.pdf).

Opetushallitus. Luokattoman lukion toimivuus 2005. Opetushallitus: Moniste 20/2005. Helsinki, 2005.

Parcel, G. S., Kelder, S.H. & Basen-Engquist, K. The school as a setting for health promotion. Teoksessa Poland, B. D., Green, L. W. & Rootman, I. (toim.) Settings for health promotion. Linking theory and practice. Thousand Oaks: Sage Publications, Inc, 2000: 86-137.

Pekurinen, M., Räikkönen, O. & Leinonen, T. Tilannekatsaus sosiaali- ja terveydenhuollon laatuun vuonna 2008. Stakesin raportteja 38/ 2008. Helsinki, 2008.

Pelkonen, M., Marttunen, M. & Aro, H. Risk for depression: a 6-year follow-up of Finnish adolescents. *Journal of affective disorders* 2003; 77: 41-51.

Piha, J. Erikoissairaanhoito. Teoksessa Moilanen, I., Räsänen, E., Tamminen, T., Almqvist, F., Piha, J. & Kumpulainen, K. (toim.) Lasten- ja nuorisopsykiatria. Jyväskylä: Duodecim, 2004: 386-390.

Piha, J. Palvelujärjestelmä. Teoksessa Moilanen, I., Räsänen, E., Tamminen, T., Almqvist, F., Piha, J. & Kumpulainen, K. (toim.) Lasten- ja nuorisopsykiatria. Jyväskylä: Duodecim, 2004: 378-381.

Pine, D.S., Cohen, E., Cohen, P. & Brook, J. Adolescent depressive symptoms as predictors of adolescent depression: moodiness or mood disorder? *The American Journal of Psychiatry* 1999; 156: 133-135.

Poikolainen, K., Kanerva R. & Lönnqvist, J. Life events and other risk factors for somatic symptoms in adolescence. *Pediatrics* 1995; 96: 59-63.

Puig-Antich, J., Kaufman, J., Ryan, N.D., Williamson, D. E., Dahl, R.E., Lukens, E., Todak, G., Ambrossini, P., Rabinovich, H. & Nelson, B. The psychological functioning and family environment of depressed adolescents. *Journal of the American Academy of child and adolescent psychiatry* 1993; 32: 244-253.

Raitasalo, R. Elämänhallinta sosiaalipolitiikan tavoitteena. Kansaneläkelaitos. Sosiaali- ja terveysturvan tutkimuksia 1. Helsinki, 1995.

Raitasalo, R. Mielialakysely. Suomen oloihin Beckin lyhyen depressiokyselyn pohjalta kehitetty masennusoireilun ja itsetunnon kysely. Sosiaali- ja terveysturvan tutkimuksia 86. Helsinki: Kelan tutkimusosasto, 2007.

Raitasalo, R. & Notkola, V. Viljelijäväestön mielenterveyden ongelmien seulonta ja työterveyshuolto. Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti 1987; 24: 232-241.

Rantanen, P. Nuoruusikä. Teoksessa Moilanen, I., Räsänen, E., Tamminen, T., Almqvist, F., Piha, J. & Kumpulainen, K. (toim.) Lasten- ja nuorisopsykiatria. Jyväskylä: Duodecim, 2004: 46-49.

Reitz, E., Dekovic, M. & Meijer, A. M. The structure and stability of externalizing and internalizing problem behavior during early adolescence. *Journal of Youth and Adolescence* 2005; 34: 577-588.

Rimpelä, M. Nuorten hyvinvoinnin ulottuvuuksista: oirepahoinvointi ja häiriikköpahoinvointi. *Kouluterveys 2002 – tiedotuslehti*. Stakes, 2003, 62-67.

Rimpelä, M. Oppilashuolto kouluhyvinvoinnin ytimenä. Teoksessa Suortamo, M., Laaksola, H. & Välijärvi, J. (toim.) Opettajan vuosi 2008 -2009. Teemana hyvinvointi. Juva: PS-kustannus, 2008: 13-53.

Rimpelä, R. Nuorten terveys. Teoksessa Aromaa, A., Huttunen, J., Koskinen, S. & Teperi, J. (toim.) Suomalaisten terveys. Helsinki: Duodecim, 2005: 307-316.

Rimpelä, M., Happonen, H., Saaristo, V., Wiss, K. & Rimpelä A. Äitiys- ja lastenneuvoojen sekä koulu- ja opiskeluterveydenhuollon käynnit, terveystarkastukset ja voimavarat 2007-2008. Helsinki: Stakes Raportteja 40, 2008.

Rimpelä, M., Jarvala, T., Kalkkinen, P., Peltonen, H. & Rigoff, A-M. Hyvinvoinnin ja terveyden edistäminen lukioissa. Peruseräraportti lukiokyselystä vuonna 2008. Helsinki: Opetushallitus. Terveysten ja hyvinvoinnin laitos, 2009.

Roberts, R. E., Lewinsohn, P. M. & Seeley, J. R. Symptoms of DSM-III-R Major Depression in Adolescence: Evidence from an Epidemiological Survey. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 1995; 34: 1608-1617.

Rohde, P., Lewinsohn, P. M & Seeley, J. R. Comorbidity of Unipolar Depression: II. Comorbidity with Other Mental Disorders in Adolescents and Adults. *Journal of Abnormal Psychology* 1991; 100: 214-222.

Räsänen, E. Mielialahäiriöt ja itsetuhokäyttäytyminen. Teoksessa Moilanen, I., Räsänen, E., Tamminen, T., Almqvist, F., Piha, J. & Kumpulainen, K. (toim.) Lasten- ja nuorisopsykiatria. Jyväskylä: Duodecim, 2004: 219-232.

Saarela, J. M. & Finnäs, F. S. A. The health of Swedish-speaking and Finnish-speaking schoolchildren in Finland. *Child: Care, Health & Development* 2003; 30: 51-58.



Salmela-Aro, K., Kiuru, N., Pietikäinen, M. & Jokela J. Does school matter? The role of school context in adolescents' school-related burnout. *European Psychologist* 2008; 13: 12-23.

Salmela-Aro, K. & Näätänen, P. BBI-10 Koulu-uupumusmittari. School burnout inventory. Helsinki: Edita, 2005.

Samdal, O. The school environment as a risk or resource for students' health-related behaviours and subjective well-being. Research Centre for Health Promotion. Faculty of Psychology. University of Bergen. Norway, 1998.

Sirey, J. A., Bruce, M. L., Alexopoulos, G. S., Perlick, D. A., Raue, P., Friedman, S. J. & Meyers, B. S. Perceived Stigma as a Predictor of Treatment Discontinuation in Young and Older Outpatients With Depression. *The American Journal of Psychiatry* 2001; 158: 479-481.

Sosiaali- ja terveysministeriö. Asetus neuvolatoiminnasta, koulu- ja opiskeluterveydenhuollosta sekä lasten ja nuorten ehkäisevästä suun terveyden huollosta. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2008: 37. Helsinki, 2008a.

Sosiaali- ja terveysministeriö. Neuvolatoiminta, koulu- ja opiskeluterveydenhuolto sekä ehkäisevä suun terveydenhuolto. Asetuksen 380/2009 perustelut ja soveltamisohjeet. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2009:20. Helsinki, 2009.

Sosiaali- ja terveysministeriö. Opiskelijaterveydenhuollon tila vuonna 2002. Sosiaali- ja terveysministeriön työryhmämuistioita 2002: 25. Helsinki, 2002.

Sosiaali- ja terveysministeriö. Opiskeluterveydenhuollon opas. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2006:12. Helsinki, 2006.

Sosiaali- ja terveysministeriö. Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallinen kehittämisohjelma KASTE 2008-2011. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2008: 6. Helsinki, 2008b.

Stakes Kouluterveyskyselyn valtakunnalliset tulokset. Stakes, 2007/2008 [WWW-dokumentti]. Päivitetty 19.8.2008 [viitattu 8.11.2008] <http://info.stakes.fi/kouluterveyskysely/FI/tulokset/valtak.htm>

Steinberg, L. & Morris A. S. Adolescent Development. *Annual Review of Psychology* 2001; 52: 83-110.

Sternberg, K. J., Lamb, M. E., Guterman, E. & Abbott, C. G. Effects of early and later family violence on children's behaviour problems and depression: longitudinal, multi-informant perspective. *Child Abuse & Neglect* 2006; 30: 283-306.

Suomen Akatemia. Joka viides lukiolaistyttö kärsii koulu-uupumuksesta. Akatemian tiedotteet 05.05.2009. [WWW-dokumentti]. Päivitetty 04.05.2009 [viitattu 20.6.2009] <http://www.aka.fi/fi/A/Suomen-Akatemia/Tama-on-Akatemia/Akatemian-tiedotteet2/Joka-viides-lukiolaistyttö-karsii-koulu-uupumuksesta/>

Suominen, S. B., Välimaa, R. S., Tynjälä, J. A. & Kannas, L. K. Minority status and perceived health: a comparative study of Finnish- and Swedish-speaking schoolchildren in Finland. *Scandinavian Journal of Public Health* 2000; 28: 179-187.

Terho, P. Terveyskasvatus. Teoksessa Terho, P., Ala-Laurila, E-L., Laakso, J., Krogius, H. & Pietikäinen, M. (toim.) *Kouluterveydenhuolto*. 2. painos. Jyväskylä: Duodecim, 2002: 405-411.

THL Kouluterveyskysely. [WWW-dokumentti]. Päivitetty 9.1.2009 [viitattu 10.4.2009] <http://info.stakes.fi/kouluterveyskysely/FI/index.htm>

THL Kouluterveyskyselyn valtakunnalliset tulokset. THL, 2007/2008 [WWW-dokumentti]. Päivitetty 10.11.2009 [viitattu 2.12.2009] <http://info.stakes.fi/kouluterveyskysely/FI/tulokset/valtak.htm>

Tilastokeskus. Väestö kielen mukaan sekä ulkomaan kansalaisten määrä ja maa-pinta-ala alueittain 1980 – 2008. [WWW-dokumentti]. Päivitetty 27.3.2009 [viitattu 10.2.2010]. [http://pxweb2.stat.fi/Dialog/varval.asp?ma=060\\_vaerak\\_tau\\_107\\_fi&ti=V%E4est%F6+kielen+mukaan+sek%E4+ulkomaan+kansalaisten+m%E4%E4r%E4+ja+maa%2Dpinta%2Dala+alueittain++1980+%2D+2008&path=../Database/StatFin/vrm/vaerak/&lang=3&multilang=fi](http://pxweb2.stat.fi/Dialog/varval.asp?ma=060_vaerak_tau_107_fi&ti=V%E4est%F6+kielen+mukaan+sek%E4+ulkomaan+kansalaisten+m%E4%E4r%E4+ja+maa%2Dpinta%2Dala+alueittain++1980+%2D+2008&path=../Database/StatFin/vrm/vaerak/&lang=3&multilang=fi)

Tones, K. & Tilford, S. *Health education. Effectiveness, efficiency and equity*. California: Chapman & Hall. Second edition, 1994

Torikka, A., Kaltiala-Heino, R. Rimpelä, M. & Rantanen, P. Depression, drinking, and substance use among 14- to 16-year-old Finnish adolescents. *Nordic Journal of Psychiatry* 2001; 55: 351-357.

Tynjälä, J., Kämppi, K., Välimaa, R., Vuori, M., Villberg, J. & Kannas, L. WHO-koululaistutkimus: Riittävä liikunta ja uni tukevat lasten ja nuorten hyvinvointia. *Liikunta & tiede* 2009; 46: 12-16.

Uhari, M. & Nieminen, P. *Epidemiologia ja biostatistiikka*. Jyväskylä: Duodecim, 2001.

Valtioneuvosto 380 / 2009. Valtioneuvoston asetus neuvolatoiminnasta, koulu- ja opiskeluterveydenhuollosta sekä lasten ja nuorten ehkäisevästä suun terveydenhuollosta, 2009.

Virtanen, A., Kivimäki, M., Luopa, P., Vahtera, J., Elovainio, M., Jokela, J. & Pietikäinen, M. Staff reports of psychosocial climate at school and adolescents' health, truancy and health education in Finland. *European Journal of Public Health* 2009; 19:554-560.

Väljjarvi, J. & Tuomi, P. *Lukio nuorten valintojen ja oppimisen ympäristönä*. Kasvatustieteiden tutkimuslaitoksen julkaisusarja A. Tutkimuksia 60. Jyväskylä, 1995.

Välimaa, R. Nuorten koettu terveys kyselyaineistojen ja ryhmähaastattelujen valossa. *Studies in sport, physical education and health* 68. Jyväskylän yliopisto, 2000a.

Välimaa, R. Nuorten itsearvioitu terveys ja toistuva oireilu 1984-2002. Teoksessa Kannas, L. (toim.) Koululaisten terveys ja terveystähtäytyminen muutoksessa. WHO-koululaistutkimus 20 vuotta. Terveiden edistämisen keskus. Jyväskylän yliopisto. Julkaisuja 2, 2004.

Välimaa, R. Subjektivt upplevt hälsa bland unga. Teoksessa Kannas, L. & Brunell, V. (toim.) Subjektiv hälsa, hälsovanor och skoltrivsel. Jämförelse mellan svensk- och finskspråkiga elever 1994-1998. Folkhälsan. Jyväskylä: Jyväskylän yliopistopaino & ER-Paino oy, 2000b: 11-43.

Välimaa, R., Kannas, L., Lahtinen, E., Peltonen, H., Tynjälä, J. & Villberg, J. Finland: innovative health education curriculum and other investments for promoting mental health and social cohesion among children and young people. Teoksessa Sosial cohesion for mental well-being among adolescents. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 2008: 91-103. [WWW-dokumentti]. [viitattu 29.1.2009] <http://www.euro.who.int/Document/E91921.pdf>

Weissman, M. M., Wolk, S., Goldstein, R. B., Moreau, D., Adams, P., Greenwald, S., Klier, C. M., Ryan, N. D., Dahl, R. E. & Wickramaratne, P. Depressed adolescents grown up. *Journal of the American medical Association* 1999; 281: 1707-1713.

WHO. International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems. 10<sup>th</sup> Revision. Version for 2007. [WWW-dokumentti]. Päivitetty 11.12.2006 [viitattu 3.1.2009] <http://www.who.int/classifications/apps/icd/icd10online/>

Wittchen, H. U., Nelson, C. B. & Lachner, G. Prevalence of mental disorders and psychosocial impairments in adolescents and young adults. *Psychological Medicine* 1998; 28: 109-126.

Wu, P., Hoven, C. W., Cohen, P., Liu X., Moore, R. E., Tiet, Q., Okezie, N., Wicks, J. & Bird, H. R. Factors associated with Use of Mental Health Services for Depression by Children and Adolescents. *Psychiatric Services* 2001; 52: 189-195.



## Kouluterveyskysely 2008

Sosiaali- ja terveysalan  
tutkimus- ja kehittämiskeskus  
Stakes  
Kouluterveyskysely  
PL 220  
00531 Helsinki

Tiedonkeruusta vastaa  
Erikoistutkija  
Minna Pietikäinen

Hei!

Kouluterveyskyselyssä kerätään tietoja koulukokemuksista, koulujen ja oppilaiden työoloista sekä oppilaiden terveydestä ja elämäntavoista. Kysely tehdään huhtikuussa 2008 useissa kunnissa peruskoulujen 8. ja 9. luokille sekä lukioiden 1. ja 2. vuosikursseille. Tuloksia käytetään nuorten hyvinvoinnin edistämiseksi sekä koulutyön ja oppilas- ja opiskelijahuollon kehittämiseksi.

Vastaaminen on vapaaehtoista. Älä kirjoita nimeäsi lomakkeeseen. Kysely on nimetön ja luottamuksellinen. Lomakkeet suljetaan kirjekuoreen, joka lähetetään koulusta suljettuna tallennuskeskukseen. Tallennuksen jälkeen lomakkeet hävitetään.

Jos kysymykset jäävät askarruttamaan Sinua, keskustele niistä vanhempiesi kanssa tai ota yhteyttä opettajaasi tai kouluterveydenhoitajaan.

Tutkimuksen tulokset valmistuvat vuoden 2008 loppuun mennessä. Niistä ei voi tunnistaa yksittäisten oppilaiden vastauksia. Tulokset julkaistaan koulu- ja kuntakohtaisesti tutkimuksen tilaaville kunnille sekä maakunta- ja läänikohtaisesti nettisivuillamme [info.stakes.fi/kouluterveyskysely](http://info.stakes.fi/kouluterveyskysely).

Huhtikuussa 2008

*Minna Pietikäinen*

Minna Pietikäinen  
erikoistutkija

### Täyttöohjeet

Lue ensin koko kysymys. Vastaa merkitsemällä rasti oikeaan tai sopivimman vaihtoehdon mukaiseen ruutuun. Käytä pehmeää lyijykynää (tai kuulakärkikynää tai mustekynää).

Virheen sattuessa älä käytä pyyhkettä, vaan täytä väärin merkitsemäsi ruutu kokonaan ja rasti oikea vaihtoehto. Näin:

virhe  oikea

Joidenkin kysymysten jälkeen huomautetaan, että voit siirtyä suoraan numerolla ilmoitettuun kysymykseen. Tällöin Sinun ei tarvitse vastata väliin jääviin kysymyksiin.

Esimerkki: Jos keskiarvosasi olisi 7,2, vastaisit oheiseen kysymykseen näin:

#### Mikä oli keskiarvosasi (kaikki aineet) viime todistuksessasi?

- |   |                                     |
|---|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> < 6,5                | <input type="checkbox"/> 8,0 - 8,4  |
| <input type="checkbox"/> 6,5 - 6,9            | <input type="checkbox"/> 8,5 - 8,9  |
| <input checked="" type="checkbox"/> 7,0 - 7,4 | <input type="checkbox"/> 9,0 - 9,4  |
| <input type="checkbox"/> 7,5 - 7,9            | <input type="checkbox"/> 9,5 - 10,0 |

Sivujen reunoissa on  
merkkejä ja numeroita,  
joita tarvitaan lomakkeen  
optisessa tallennuksessa.

16. Jos sinua on kiusattu tai olet osallistunut muiden oppilaiden kiusaamiseen tämän LUKUKAUDEN aikana, onko tilanteeseen puututtu koulun aikuisten toimesta?

- ei  kyllä

TERVEYS

17. Mitä mieltä olet terveydentilastasi?

Onko se

- erittäin hyvä  
 melko hyvä  
 keskinkertainen  
 melko tai erittäin huono

18. Onko Sinulla viimeksi kuluneen PUOLEN VUODEN aikana ollut jotakin seuraavista oireista ja kuinka usein? Vastaa joka kohtaan.

	Harvoin tai ei lainkaan	Noin kerran kuussa	Noin kerran viikossa	Lähes joka päivä
Niska- tai hartiakipuja	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Selän alaosan kipuja	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vatsakipuja	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jännittyneisyyttä tai hermostuneisuutta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ärtyneisyyttä tai kiukumpurkauksia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vaikeuksia päästä uneen tai heräilemistä öisin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Päänsärkyä	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Väsymystä tai heikotusta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

19. Onko Sinulla jokin LÄÄKÄRIN TOTEAMA pitkäaikainen sairaus, vika tai vamma, joka häiritsee jokapäiväistä toimintaasi?

- ei  kyllä

20. Kuinka monta kertaa olet tämän LUKU-VUODEN aikana käynyt koulusi lääkärin tai terveydenhoitajan vastaanotolla? Vastaa molempiin kohtiin.

	En lainkaan	Kerran	Kaksi kertaa	3 kertaa tai useammin
Lääkärin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Terveydenhoitajan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

21. Kuinka hyvin koulusi terveydenhuolto toimii silloin, kun oppilaat haluavat keskustella henkilökohtaisista asioistaan (esim. seksi, masennus)? Oletko siihen

- erittäin tyytyväinen  
 melko tyytyväinen  
 melko tyytymätön  
 erittäin tyytymätön

22. Jos jostakin syystä haluaisit mennä koulusi lääkärin, terveydenhoitajan, kuraattorin tai psykologin vastaanotolle, miten helppo sinne on mielestäsi päästä? Vastaa joka kohtaan.

	Erittäin helppo	Melko helppo	Melko vaikea	Erittäin vaikea
Kouluterveydenhoitajalle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Koululääkärille	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Koulukuraattorille	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Koulupsykologille	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

23. Pituus ja paino (merkitse selkein numeroin)

Pituus    cm      Paino    kg

MIELIALA

Seuraavat kysymykset käsittelevät mielialan erilaisia piirteitä. Vastaa kuhunkin kysymykseen siten, millaiseksi tunnet itsesi tänään. Valitse kustakin kysymyksestä vain yksi vaihtoehto. Joku kysymys voi tuntua sinusta yllättävältä. Toivomme kuitenkin, että vastaat kaikkiin kysymyksiin.

24. Minkälainen on mielialasi?

- mielialani on melko valoisa ja hyvä  
 en ole alakuloinen tai surullinen  
 tunnen itseni alakuloiseksi ja surulliseksi  
 olen alakuloinen jatkuvasti enkä pääse siitä  
 olen niin masentunut ja alavireinen, etten kestä enää

25. Miten suhtaudut tulevaisuuteen?

- suhtaudun tulevaisuuteeni toiveikkaasti  
 en suhtaudu tulevaisuuteeni toivottomasti  
 tulevaisuus tuntuu minusta melko masentavalta  
 minusta tuntuu, ettei minulla ole tulevaisuudelta mitään odotettavaa  
 tulevaisuus tuntuu minusta toivottomalta, enkä jaksa uskoa, että asiat muuttuisivat parempaan päin

**26. Miten katsot elämäsi sujuneen?**

- olen elämässäni onnistunut huomattavan usein
- en tunne epäonnistuneeni elämässä
- minusta tuntuu, että olen epäonnistunut pyrkimyksissäni tavallista useammin
- elämäni on tähän saakka ollut vain sarja epäonnistumisia
- tunnen epäonnistuneeni täydellisesti ihmisenä

**27. Miten tyytyväiseksi tai tyytymättömäksi tunnet itsesi?**

- olen varsin tyytyväinen elämääni
- en ole erityisen tyytymätön
- en nauti asioista samalla tavalla kuin ennen
- minusta tuntuu, etten saa enää tyydytystä juuri mistään
- olen täysin tyytymätön kaikkeen

**28. Minkälaisena pidät itseäsi?**

- tunnen itseni melko hyväksi
- en tunne itseäni huonoksi ja arvottomaksi
- tunnen itseni huonoksi ja arvottomaksi melko usein
- nykyään tunnen itseni arvottomaksi melkein aina
- olen kerta kaikkiaan arvoton ja huono

**29. Onko Sinulla pettymyksen tunteita?**

- olen tyytyväinen itseeni ja suorituksiini
- en ole pettynyt itseni suhteen
- olen pettynyt itseni suhteen
- minua inhottaa oma itseni
- vihaan itseäni

**30. Miten suhtaudut vieraiden ihmisten tapaamiseen?**

- pidän ihmisten tapaamisesta ja juttelemisesta
- en ole menettänyt kiinnostustani muihin ihmisiin
- toiset ihmiset eivät enää kiinnosta minua niin paljon kuin ennen
- olen melkein kokonaan menettänyt mielenkiintoni sekä tunteeni toisia ihmisiä kohtaan
- olen menettänyt mielenkiintoni muihin ihmisiin, enkä välitä heistä lainkaan

**31. Miten koet päätösten tekemisen?**

- erilaisten päätösten tekeminen on minulle helppoa
- pystyn tekemään päätöksiä samoin kuin ennenkin
- varmuuteni on vähentynyt ja yritän lykätä päätösten tekoa
- minulla on suuria vaikeuksia päätösten teossa
- en pysty enää lainkaan tekemään ratkaisuja ja päätöksiä

**32. Minkälaisena pidät olemustasi ja ulkonäköäsi?**

- olen melko tyytyväinen ulkonäkööni ja olemukseeni
- ulkonäkössäni ei ole minua haittaavia piirteitä
- olen huolissani siitä, että näytän epämiellyttävältä
- minusta tuntuu, että näytän rumalta
- olen varma, että näytän rumalta ja vastenmieliseltä

**33. Minkälaista nukkumisesi on?**

- minulla ei ole nukkumisessa minkäänlaisia vaikeuksia
- nukun yhtä hyvin kuin ennenkin
- herätessäni aamuisin olen paljon väsyneempi kuin ennen
- minua haittaa unettomuus
- kärsin unettomuudesta, nukahtamisvaikeuksista tai liian aikaisin kesken unien heräämisestä

**34. Tunnetko väsymystä ja uupumusta?**

- väsyminen on minulle lähes täysin vierasta
- en väsy helpommin kuin tavallisestikaan
- väsyn nopeammin kuin ennen
- vähäinkin työ väsyttää ja uuvuttaa minua
- olen liian väsynyt tehdäkseen mitään

**35. Minkälainen ruokahalusi on?**

- ruokahalussani ei ole mitään hankaluuksia
- ruokahaluni on ennallaan
- ruokahaluni on huonompi kuin ennen
- ruokahaluni on paljon huonompi kuin ennen
- minulla ei ole enää lainkaan ruokahalua

**36. Tuntuuko Sinusta, että tarvitset apua masentuneen tai ahdistuneen mielialan takia?**

- kyllä  en osaa sanoa  ei

**37. Oletko joskus yrittänyt saada apua masentuneeseen tai ahdistuneeseen oloon puhumalla siitä? Vastaa joka kohtaan.**

- |   | Kyllä                    | En                       |
|---|--------------------------|--------------------------|
| Ystävillesi, muille nuorille                  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Vanhemmillesi                                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Muille aikuisille, sukulaisille tai ystäville | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

LIITE 2 (Liitetaulukot)

Liitetaulukko 1. Masentuneisuuden esiintyvyys (neljäluokkainen muuttuja) kieliryhmän, sukupuolen ja maakunnan mukaan, %.

Masentuneisuus	Kaikki %	Suomenkieliset %	Ruotsinkieliset %	Tytöt %	Pojat %	Uusimaa %	Pohjanmaa %
Ei	78	76	79	73	84	77	80
Lievä	11	11	11	13	8	12	10
Keskivaikea	9	10	8	11	6	9	8
Vaikea	2	3	2	3	2	2	2
Yhteensä (n)	100 4151	100 2389	100 1762	100 2394	100 1757	100 1988	100 2163
p-arvo		0,025 (Kieliryhmien välillä)		<0,001 (Sukupuolten välillä)		0,206 (Maakuntien välillä)	

Liitetaulukko 2. Sukupuolten väliset erot masentuneisuuden esiintyvyydessä maakunnan ja kieliryhmän mukaan, %.

Masentuneisuus	Kaikki %	Uusimaa		Pohjanmaa		Suomenkieliset		Ruotsinkieliset	
		Tytöt %	Pojat %	Tytöt %	Pojat %	Tytöt %	Pojat %	Tytöt %	Pojat %
Ei / lievä	89	87	91	87	93	86	91	89	93
Keskivaikea / vaikea	11	13	9	13	7	14	9	11	7
Yhteensä (n)	100 4151	100 1096	100 892	100 1298	100 865	100 1346	100 1043	100 1048	100 714
p-arvo		0,009 (Sukupuolten välillä)		<0,001 (Sukupuolten välillä)		<0,001 (Sukupuolten välillä)		0,002 (Sukupuolten välillä)	

Liitetaulukko 3. Masentuneisuuden esiintyvyys maakunnittain ja kieliryhmittäin, %.

Masentuneisuus	Uusimaa		Pohjanmaa	
	Suomenkieliset	Ruotsinkieliset	Suomenkieliset	Ruotsinkieliset
	%	%	%	%
Ei / lievä	87	92	89	90
Keskivaikea / vaikea	13	8	11	10
Yhteensä	100	100	100	100
N	1292	696	1097	1066
p-arvo	<0,001 (Kieliryhmien välillä)		0,727 (Kieliryhmien välillä)	

Liitetaulukko 4. **Tyttöjen** masentuneisuus maakunnittain ja kieliryhmittäin, %.

Masentuneisuus	Uusimaa		Pohjanmaa	
	Suomenkieliset	Ruotsinkieliset	Suomenkieliset	Ruotsinkieliset
	%	%	%	%
Ei / lievä	84	92	87	87
Keskivaikea / vaikea	16	8	13	13
Yhteensä	100	100	100	100
N	707	389	639	659
p-arvo	<0,001 (Kieliryhmien välillä)		0,934 (Kieliryhmien välillä)	



Liitetaulukko 5. **Poikien** masentuneisuus maakunnittain ja kieliryhmittäin, %.

Masentuneisuus	Uusimaa		Pohjanmaa	
	Suomenkieliset	Ruotsinkieliset	Suomenkieliset	Ruotsinkieliset
	%	%	%	%
Ei / lievä	90	92	92	94
Keskivaikea / vaikea	10	8	8	6
Yhteensä	100	100	100	100
N	585	307	458	407
p-arvo	0,332 (Kieliryhmien välillä)		0,233 (Kieliryhmien välillä)	

Liitetaulukko 6. Sukupuolittaiset erot tyytyväisyydessä opiskeluterveydenhuollon toimintaan lukioalaisten halutessa keskustella henkilökohtaisista asioistaan (esim. seksi, masennus) maakunnittain ja kieliryhmittäin, %.

Tyytyväisyys opiskelutervey- denhuoltoon	Uusimaa		Pohjanmaa		Suomenkieliset		Ruotsinkieliset	
	Tytöt	Pojat	Tytöt	Pojat	Tytöt	Pojat	Tytöt	Pojat
	%	%	%	%	%	%	%	%
Erittäin tyytyväinen	19	15	19	19	20	17	18	16,6
Melko tyytyväinen	58	63	60	65	59	64	58	64,8
Tyytymätön	23	22	21	16	21	19	23,3	18,7
Yhteensä	100	100	100	100	100	100	100	100
n	1072	837	1284	831	1332	998	1024	670
p-arvo	0,022 (Sukupuolten välillä)		0,008 (Sukupuolten välillä)		0,063 (Sukupuolten välillä)		0,025 (Sukupuolten välillä)	

Liitetaulukko 7. Tyytyväisyys opiskeluterveydenhuollon toimintaan lukiolaisten halutessa keskustella henkilökohtaisista asioistaan (esim. seksi, masennus) maakunnittain ja kieliryhmittäin, %.

Tyytyväisyys opiskeluterveyden- huoltoon	Uusimaa		Pohjanmaa	
	Suomenkieliset %	Ruotsinkieliset %	Suomenkieliset %	Ruotsinkieliset %
Erittäin tyytyväinen	19	15	19	19
Melko tyytyväinen	60	61	62	61
Tyytymätön	21	24	19	20
<b>Yhteensä</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>
<b>n</b>	<b>1252</b>	<b>657</b>	<b>1078</b>	<b>1037</b>
<b>p-arvo</b>	<b>0,057</b> (Kieliryhmien välillä)		<b>0,772</b> (Kieliryhmien välillä)	

Liitetaulukko 8. **Tyttöjen** tyytyväisyys opiskeluterveydenhuollon toimintaan kieliryhmittäin ja maakunnittain, %.

Tyytyväisyys opiskeluter- veydenhuoltoon	Uusimaa		Pohjanmaa	
	Suomenkieliset %	Ruotsinkieliset %	Suomenkieliset %	Ruotsinkieliset %
Erittäin tyytyväinen	21	15,5	19	20
Melko tyytyväinen	57	59,5	61	58
Tyytymätön	22	24,9	20	22
<b>Yhteensä</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>
<b>n</b>	<b>699</b>	<b>373</b>	<b>633</b>	<b>651</b>
<b>p-arvo</b>	<b>0,056</b> (Kieliryhmien välillä)		<b>0,498</b> (Kieliryhmien välillä)	

Liitetaulukko 9. **Poikien** tyytyväisyys opiskeluterveydenhuollon toimintaan kieliryhmittäin ja maakunnittain, %.

Tyytyväisyys opiskeluter- veydenhuoltoon	Uusimaa		Pohjanmaa	
	Suomenkieliset %	Ruotsinkieliset %	Suomenkieliset %	Ruotsinkieliset %
Erittäin tyytyväinen	16	14	19	19
Melko tyytyväinen	63	63	64	66
Tyytymätön	21	23	17	15
Yhteensä	100	100	100	100
n	553	284	445	386
p-arvo	0,684 (Kieliryhmien välillä)		0,861 (Kieliryhmien välillä)	

Liitetaulukko 10. Lukiolaisten tyytyväisyys opiskeluterveydenhuollon toimintaan masentuneisuuden vaikeusasteen ja maakunnan mukaan, %.

Tyytyväisyys opiskeluterveyden- huoltoon	Uusimaa		Pohjanmaa	
	Ei / lievä masentuneisuus %	Keskivaikea / vaikea masentuneisuus %	Ei / lievä masentuneisuus %	Keskivaikea / vaikea masentuneisuus %
Erittäin tyytyväinen	18	10	20	14
Melko tyytyväinen	62	45	63	51
Tyytymätön	20	45	17	35
Yhteensä	100	100	100	100
n	1665	223	1871	224
p-arvo	<0,001 (Masentuneisuuden vaikeusasteiden välillä)		<0,001 (Masentuneisuuden vaikeusasteiden välillä)	

Liitetaulukko 11. Lukiolaisten tyytyväisyys opiskeluterveydenhuollon toimintaan masentuneisuuden vaikeusasteen ja kieliryhmän mukaan, %.

Tyytyväisyys opiskeluterveyden- huoltoon	Suomenkieliset		Ruotsinkieliset	
	Ei / lievä	Keskivaikea / vaikea	Ei / lievä	Keskivaikea / vaikea
	masentuneisuus %	masentuneisuus %	masentuneisuus %	masentuneisuus %
Erittäin tyytyväinen	20	12	18	12
Melko tyytyväinen	62	51	63	44
Tyytymätön	18	37	19	44
Yhteensä	100	100	100	100
n	2023	287	1513	160
p-arvo	<0,001 (Masentuneisuuden vaikeusasteiden välillä)		<0,001 (Masentuneisuuden vaikeusasteiden välillä)	

Liitetaulukko 12. **Uudenmaan** lukiolaisten tyytyväisyys opiskeluterveydenhuollon toimintaan masentuneisuuden vaikeusasteen ja kieliryhmän mukaan, %.

Tyytyväisyys opiskeluterveyden- huoltoon	Suomenkieliset		Ruotsinkieliset	
	Ei / lievä	Keskivaikea / vaikea	Ei / lievä	Keskivaikea / vaikea
	masentuneisuus %	masentuneisuus %	masentuneisuus %	masentuneisuus %
Erittäin tyytyväinen	20	12	16	2
Melko tyytyväinen	62	45	62	46
Tyytymätön	18	43	22	52
Yhteensä	100	100	100	100
n	1069	169	596	54
p-arvo	<0,001 (Masentuneisuuden vaikeusasteiden välillä)		<0,001 (Masentuneisuuden vaikeusasteiden välillä)	

Liitetaulukko 13. **Pohjanmaan** lukiolaisten tyytyväisyys opiskeluterveydenhuollon toimintaan masentuneisuuden vaikeusasteen ja kieliryhmän, %.

Tyytyväisyys opiskeluterveyden- huoltoon	Suomenkieliset		Ruotsinkieliset	
	Ei / lievä masentuneisuus	Keskivaikea / vaikea masentuneisuus	Ei / lievä masentuneisuus	Keskivaikea / vaikea masentuneisuus
	%	%	%	%
Erittäin tyytyväinen	19	12	20	17
Melko tyytyväinen	63	58	63	42
Tyytymätön	18	30	17	41
Yhteensä	100	100	100	100
n	954	118	596	54
p-arvo	0,003 (Masentuneisuuden vaikeusasteiden välillä)		<0,001 (Masentuneisuuden vaikeusasteiden välillä)	

Liitetaulukko 14. Sukupuolten väliset erot terveydenhoitajan vastaanottokäyntien määrissä maakunnan ja kieliryhmän mukaan, %.

Terveyden- hoitaja vastaanotto	Uusimaa		Pohjanmaa		Suomenkieliset		Ruotsinkieliset	
	Tytöt	Pojat	Tytöt	Pojat	Tytöt	Pojat	Tytöt	Pojat
	%	%	%	%	%	%	%	%
Ei lainkaan	30	49	25	35	28	41	27	43
Kerran	37	34	36	42	34	37	40	39
Kaksi kertaa tai useammin	33	17	39	23	38	22	33	18
Yhteensä	100	100	100	100	100	100	100	100
n	1111	912	1312	893	1353	1062	1070	748
p-arvo	<0,001 (Sukupuolten välillä)		<0,001 (Sukupuolten välillä)		<0,001 (Sukupuolten välillä)		<0,001 (Sukupuolten välillä)	

Liitetaulukko 15. Lukiolais**poikien** opiskeluterveydenhuollon **terveydenhoitajan** vastaanottokäyntien määrä yhden lukuvuoden aikana maakunnittain ja kieliryhmittäin, %.

Terveysten- hoitaja vastaanotto	Uusimaa		Pohjanmaa	
	Suomenkieliset %	Ruotsinkieliset %	Suomenkieliset %	Ruotsinkieliset %
Ei lainkaan	48	51	33	37
Kerran	35	31	40	46
Kaksi kertaa tai useammin	17	18	27	17
Yhteensä	100	100	100	100
n	592	320	470	423
p-arvo	0,456 (Kieliryhmien välillä)		0,002 (Kieliryhmien välillä)	

Liitetaulukko 16. Lukiolais**poikien** opiskeluterveydenhuollon **lääkäriin** vastaanottokäyntien määrä yhden lukuvuoden aikana maakunnittain ja kieliryhmittäin, %.

Lääkäriin vastaanotto	Uusimaa		Pohjanmaa	
	Suomenkieliset %	Ruotsinkieliset %	Suomenkieliset %	Ruotsinkieliset %
Ei lainkaan	72	69	75	69
Kerran	20	24	18	25
Kaksi kertaa tai useammin	8	7	7	6
Yhteensä	100	100	100	100
n	589	321	468	419
p-arvo	0,324 (Kieliryhmien välillä)		0,058 (Kieliryhmien välillä)	

Liitetaulukko 17. Lukiolaisten opiskeluterveydenhuollon **lääkäriin** vastaanottokäyntien määrä **masentuneisuuden vaikeusasteen** mukaan, %.

Lääkäriin vastaanotto	Ei / lievä masentuneisuus %	Keskivaikea / vaikea masentuneisuus %
Ei lainkaan	72	73
Kerran	20	16
Kaksi kertaa tai useammin	8	11
<b>Yhteensä</b>	<b>100</b>	<b>100</b>
<b>n</b>	<b>3668</b>	<b>455</b>
<b>p-arvo</b>	<b>0,057</b> (Masentuneisuuden vaikeusasteiden välillä)	

Liitetaulukko 18. Lukiolaisten opiskeluterveydenhuollon **lääkäriin** vastaanottokäyntien määrä **masentuneisuuden vaikeusasteen ja maakunnan** mukaan, %.

Lääkäriin vastaanotto	Uusimaa		Pohjanmaa	
	Ei / lievä masentuneisuus %	Keskivaikea / vaikea masentuneisuus %	Ei / lievä masentuneisuus %	Keskivaikea / vaikea masentuneisuus %
Ei lainkaan	78	76	71	71
Kerran	21	16	19	16
Kaksi kertaa tai useammin	6	8	10	13
<b>Yhteensä</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>
<b>N</b>	<b>1748</b>	<b>227</b>	<b>1920</b>	<b>228</b>
<b>p-arvo</b>	<b>0,195</b> (Masentuneisuuden vaikeusasteiden välillä)		<b>0,223</b> (Masentuneisuuden vaikeusasteiden välillä)	

Liitetaulukko 19. Lukiolaisten opiskeluterveydenhuollon **terveydenhoitajan** vastaanottokäyntien määrä masentuneisuuden vaikeusasteen ja kieliryhmän mukaan, %.

Terveysten- hoitaja vastaanotto	Suomenkieliset		Ruotsinkieliset	
	Ei / lievä masentuneisuus %	Keskivaikea / vaikea masentuneisuus %	Ei / lievä masentuneisuus %	Keskivaikea / vaikea masentuneisuus %
Ei lainkaan	34	34	33	32
Kerran	37	24	40	40
Kaksi kertaa tai useammin	29	42	27	28
Yhteensä	100	100	100	100
N	2089	290	1596	165
p-arvo	<0,001 (Masentuneisuuden vaikeusasteiden välillä)		0,919 (Masentuneisuuden vaikeusasteiden välillä)	

Liitetaulukko 20. Lukiolaisten opiskeluterveydenhuollon **lääkärin** vastaanottokäyntien määrä masentuneisuuden vaikeusasteen ja kieliryhmän mukaan, %.

Lääkärin vastaanotto	Suomenkieliset		Ruotsinkieliset	
	Ei / lievä masentuneisuus %	Keskivaikea / vaikea masentuneisuus %	Ei / lievä masentuneisuus %	Keskivaikea / vaikea masentuneisuus %
Ei lainkaan	76	77	67	68
Kerran	16	15	24	17
Kaksi kertaa tai useammin	8	8	9	15
Yhteensä	100	100	100	100
N	2079	290	1589	165
p-arvo	0,876 (Masentuneisuuden vaikeusasteiden välillä)		0,013 (Masentuneisuuden vaikeusasteiden välillä)	



Liitetaulukko 21. **Uudenmaan** lukiolaisten opiskeluterveydenhuollon **terveydenhoitajan** vastaanottokäyntien määrä masentuneisuuden vaikeusasteen ja kieliryhmän mukaan, %.

Terveystenhoitaja vastaanotto	Suomenkieliset		Ruotsinkieliset	
	Ei / lievä masentuneisuus	Keskivaikea / vaikea masentuneisuus	Ei / lievä masentuneisuus	Keskivaikea / vaikea masentuneisuus
	%	%	%	%
Ei lainkaan	37	37	40	44
Kerran	37	25	37	40
Kaksi kertaa tai useammin	26	38	23	16
Yhteensä (n)	100 1115	100 172	100 640	100 55
p-arvo	0,001 (Masentuneisuuden vaikeusasteiden välillä)		0,559 (Masentuneisuuden vaikeusasteiden välillä)	

Liitetaulukko 22. **Uudenmaan** lukiolaisten opiskeluterveydenhuollon **lääkäriin** vastaanottokäyntien määrä masentuneisuuden vaikeusasteen ja kieliryhmän mukaan, %.

Lääkäriin vastaanotto	Suomenkieliset		Ruotsinkieliset	
	Ei / lievä masentuneisuus	Keskivaikea / vaikea masentuneisuus	Ei / lievä masentuneisuus	Keskivaikea / vaikea masentuneisuus
	%	%	%	%
Ei lainkaan	77	75,6	67	76
Kerran	18	16,9	26	15
Kaksi kertaa tai useammin	5	7,6	7	9
Yhteensä N	100 1109	100 172	100 639	100 55
p-arvo	0,555 (Masentuneisuuden vaikeusasteiden välillä)		0,155 (Masentuneisuuden vaikeusasteiden välillä)	

Liitetaulukko 23. **Pohjanmaan** lukiolaisten opiskeluterveydenhuollon **terveydenhoitajan** vastaanottokäyntien määrä masentuneisuuden vaikeusasteen ja kieliryhmän mukaan, %.

Terveystenhoitaja vastaanotto	Suomenkieliset		Ruotsinkieliset	
	Ei / lievä masentuneisuus %	Keskivaikea / vaikea masentuneisuus %	Ei / lievä masentuneisuus %	Keskivaikea / vaikea masentuneisuus %
Ei lainkaan	29	30	29	26
Kerran	38	23	42	40
Kaksi kertaa tai useammin	33	47	29	34
Yhteensä (n)	100 974	100 118	100 956	100 110
p-arvo	0,003 (Masentuneisuuden vaikeusasteiden välillä)		0,627 (Masentuneisuuden vaikeusasteiden välillä)	

Liitetaulukko 24. **Pohjanmaan** lukiolaisten opiskeluterveydenhuollon **lääkärin** vastaanottokäyntien määrä masentuneisuuden vaikeusasteen ja kieliryhmän mukaan, %.

Lääkärin vastaanotto	Suomenkieliset		Ruotsinkieliset	
	Ei / lievä masentuneisuus %	Keskivaikea / vaikea masentuneisuus %	Ei / lievä masentuneisuus %	Keskivaikea / vaikea masentuneisuus %
Ei lainkaan	76	78	67	64
Kerran	15	14	22	18
Kaksi kertaa tai useammin	9	8	11	18
Yhteensä N	100 970	100 118	100 950	100 110
p-arvo	0,881 (Masentuneisuuden vaikeusasteiden välillä)		0,048 (Masentuneisuuden vaikeusasteiden välillä)	

Liitetaulukko 25. Lukiolaisten opiskeluterveydenhuollon **lääkärin** vastaanottokäyntien määrä masentuneisuuden vaikeusasteen ja sukupuolen mukaan, %.

Lääkärin vastaanotto	Työt		Pojat	
	Ei / lievä masentuneisuus %	Keskivaikea / vaikea masentuneisuus %	Ei / lievä masentuneisuus %	Keskivaikea / vaikea masentuneisuus %
Ei lainkaan	73	73	71,6	75
Kerran	18	16	21,7	17
Kaksi kertaa tai useammin	9	11	6,7	8
Yhteensä N	100 2067	100 312	100 1601	100 143
p-arvo	0,3 (Masentuneisuuden vaikeusasteiden välillä)		0,322 (Masentuneisuuden vaikeusasteiden välillä)	

Liitetaulukko 26. **Uudenmaan** lukiolaistytöjen opiskeluterveydenhuollon **terveydenhoitajan** vastaanottokäyntien määrä masentuneisuuden vaikeusasteen ja kieliryhmän mukaan, %.

Terveystenhoitaja vastaanotto	Suomenkieliset		Ruotsinkieliset	
	Ei / lievä masentuneisuus %	Keskivaikea / vaikea masentuneisuus %	Ei / lievä masentuneisuus %	Keskivaikea / vaikea masentuneisuus %
Ei lainkaan	28	27,4	32	35
Kerran	37	28,3	42	42
Kaksi kertaa tai useammin	35	44,2	26	23
Yhteensä (n)	100 591	100 113	100 358	100 31
p-arvo	0,138 (Masentuneisuuden vaikeusasteiden välillä)		0,875 (Masentuneisuuden vaikeusasteiden välillä)	

Liitetaulukko 27. **Pohjanmaan** lukiolaistytöjen opiskeluterveydenhuollon **terveydenhoitajan** vastaanottokäyntien määrä masentuneisuuden vaikeusasteen ja kieliryhmän mukaan, %.

Terveystenhoitaja vastaanotto	Suomenkieliset		Ruotsinkieliset	
	Ei / lievä masentuneisuus	Keskivaikea / vaikea masentuneisuus	Ei / lievä masentuneisuus	Keskivaikea / vaikea masentuneisuus
	%	%	%	%
Ei lainkaan	26	28	24	20
Kerran	35	20	39	42
Kaksi kertaa tai useammin	39	52	37	38
Yhteensä (n)	100 554	100 82	100 573	100 86
p-arvo	0,013 (Masentuneisuuden vaikeusasteiden välillä)		0,685 (Masentuneisuuden vaikeusasteiden välillä)	

Liitetaulukko 28. **Pohjanmaan** lukiolaispoikien opiskeluterveydenhuollon **terveydenhoitajan** vastaanottokäyntien määrä masentuneisuuden vaikeusasteen ja kieliryhmän mukaan, %.

Terveystenhoitaja vastaanotto	Suomenkieliset		Ruotsinkieliset	
	Ei / lievä masentuneisuus	Keskivaikea / vaikea masentuneisuus	Ei / lievä masentuneisuus	Keskivaikea / vaikea masentuneisuus
	%	%	%	%
Ei lainkaan	32	36	37	50
Kerran	41	31	46	33
Kaksi kertaa tai useammin	27	33	17	17
Yhteensä (n)	100 420	100 36	100 383	100 24
p-arvo	0,442 (Masentuneisuuden vaikeusasteiden välillä)		0,383 (Masentuneisuuden vaikeusasteiden välillä)	

Liitetaulukko 29. Masentuneisuuden vaikeusasteiden väliset erot koetussa avuntarpeessa kieliryhmittäin, %.

Koettu avuntarve	Suomenkieliset		Ruotsinkieliset	
	Ei / lievä masentuneisuus	Keskivaikea / vaikea masentuneisuus	Ei / lievä masentuneisuus	Keskivaikea / vaikea masentuneisuus
	%	%	%	%
Kyllä	2	25	2	30
En osaa sanoa	12	43	14	44
Ei	86	32	84	26
Yhteensä (n)	100 2095	100 291	100 1595	100 165
p-arvo	<0,001 (Masentuneisuuden vaikeusasteiden välillä)		<0,001 (Masentuneisuuden vaikeusasteiden välillä)	

Liitetaulukko 30. Masentuneisuuden vaikeusasteiden väliset erot koetussa avuntarpeessa sukupuolittain, %.

Koettu avuntarve	Työt		Pojat	
	Ei / lievä masentuneisuus	Keskivaikea / vaikea masentuneisuus	Ei / lievä masentuneisuus	Keskivaikea / vaikea masentuneisuus
	%	%	%	%
Kyllä	2	31	1	17
En osaa sanoa	16	45	9	41
Ei	82	24	90	42
Yhtensä (n)	100 2081	100 312	100 1609	100 144
p-arvo	<0,001 (Masentuneisuuden vaikeusasteiden välillä)		<0,001 (Masentuneisuuden vaikeusasteiden välillä)	

Liitetaulukko 31. Masentuneisuuden vaikeusasteiden väliset erot koetussa avuntarpeessa maakunnittain, %.

Koettu avuntarve	Uusimaa		Pohjanmaa	
	Ei / lievä masentuneisuus	Keskivaikea / vaikea masentuneisuus	Ei / lievä masentuneisuus	Keskivaikea / vaikea masentuneisuus
	%	%	%	%
Kyllä	2	24	2	30
En osaa sanoa	14	45	13	42
Ei	84	31	85	28
Yhtensä (n)	100 1760	100 227	100 1930	100 229
p-arvo	<0,001 (Masentuneisuuden vaikeusasteiden välillä)		<0,001 (Masentuneisuuden vaikeusasteiden välillä)	

Liitetaulukko 32. Opiskeluterveydenhuollon **lääkäriin** vastaanottokäyntien määrä yhden lukuvuoden aikana masentuneen tai ahdistuneen mielialan takia koetun avuntarpeen sekä maakunnan mukaan, %.

Lääkäriin vastaanotto	Uusimaa			Pohjanmaa		
	Koettu avuntarve			Koettu avuntarve		
	Kyllä	En osaa sanoa	Ei	Kyllä	En osaa sanoa	Ei
	%	%	%	%	%	%
Ei lainkaan	74	73	73	66	66	73
Kerran	17	19	21	14	19	18
Kaksi kertaa tai useammin	9	8	6	20	15	9
Yhteensä n	100 93	100 343	100 1578	100 104	100 349	100 1737
p-arvo	0,615 (Avuntarveryhmien välillä)			<0,001 (Avuntarveryhmien välillä)		

Liitetaulukko 33. Opiskeluterveydenhuollon **lääkäriin** vastaanottokäyntien määrä yhden lukuvuoden aikana masentuneen tai ahdistuneen mielialan takia koetun avuntarpeen sekä kieliryhmän mukaan, %.

Lääkäriin vastaanotto	Suomenkieliset			Ruotsinkieliset		
	Koettu avuntarve			Koettu avuntarve		
	Kyllä	En osaa sanoa	Ei	Kyllä	En osaa sanoa	Ei
	%	%	%	%	%	%
Ei lainkaan	74	72	77	64	66	67
Kerran	18	18	16	12	21	25
Kaksi kertaa tai useammin	8	10	7	24	13	8
Yhteensä	100	100	100	100	100	100
n	116	382	1903	81	310	1412
p-arvo	0,218 (Avuntarveryhmien välillä)			<0,001 (Avuntarveryhmien välillä)		

Liitetaulukko 34. **Uudenmaan** lukiolaisten opiskeluterveydenhuollon **terveydenhoitajan** vastaanottokäyntien määrä yhden lukuvuoden aikana masentuneen tai ahdistuneen mielialan takia koetun avuntarpeen sekä kieliryhmän mukaan, %.

Terveys- hoitaja vastaanotto	Suomenkieliset			Ruotsinkieliset		
	Koettu avuntarve			Koettu avuntarve		
	Kyllä	En osaa sanoa	Ei	Kyllä	En osaa sanoa	Ei
	%	%	%	%	%	%
Ei lainkaan	16	35	39	33	33	42
Kerran	39	32	35	34	37	37
Kaksi kertaa tai useammin	45	33	25	33	30	21
Yhteensä	100	100	100	100	100	100
n	69	217	1022	24	129	561
p-arvo	<0,001 (Avuntarveryhmien välillä)			0,100 (Avuntarveryhmien välillä)		

Liitetaulukko 35. **Pohjanmaan** lukiolaisten opiskeluterveydenhuollon **lääkäriin** vastaanottokäyntien määrä yhden lukuvuoden aikana masentuneen tai ahdistuneen mielialan takia koetun avuntarpeen sekä kieliryhmän mukaan, %.

Lääkäriin vastaanotto	Suomenkieliset			Ruotsinkieliset		
	Koettu avuntarve			Koettu avuntarve		
	Kyllä	En osaa sanoa	Ei	Kyllä	En osaa sanoa	Ei
	%	%	%	%	%	%
Ei lainkaan	72	69	78	61	63	68
Kerran	15	19	14	14	19	23
Kaksi kertaa tai useammin	13	12	8	25	18	9
Yhteensä	100	100	100	100	100	100
N	47	167	886	57	182	851
p-arvo	0,134 (Avuntarveryhmien välillä)			<0,001 (Avuntarveryhmien välillä)		

Liitetaulukko 36. Opiskeluterveydenhuollon **terveydenhoitajan** vastaanottokäyntien määrä yhden lukuvuoden aikana masentuneen tai ahdistuneen mielialan takia koetun avuntarpeen sekä sukupuolen mukaan, %.

Terveys- hoitaja vastaanotto	Työt			Pojat		
	Koettu avuntarve			Koettu avuntarve		
	Kyllä	En osaa sanoa	Ei	Kyllä	En osaa sanoa	Ei
	%	%	%	%	%	%
Ei lainkaan	17	24	29	44	39	42
Kerran	35	35	37	26	38	39
Kaksi kertaa tai useammin	48	41	34	30	23	19
Yhteensä	100	100	100	100	100	100
N	151	481	1790	46	215	1540
p-arvo	<0,001 (Avuntarveryhmien välillä)			0,136 (Avuntarveryhmien välillä)		



Liitetaulukko 37. Opiskeluterveydenhuollon **lääkäriin** vastaanottokäyntien määrä yhden lukuvuoden aikana masentuneen tai ahdistuneen mielialan takia koetun avuntarpeen sekä sukupuolen mukaan, %.

Lääkäriin vastaanotto	Työt			Pojat		
	Koettu avuntarve			Koettu avuntarve		
	Kyllä	En osaa sanoa	Ei	Kyllä	En osaa sanoa	Ei
	%	%	%	%	%	%
Ei lainkaan	71	71	73	65	66	73
Kerran	12	17	19	28	24	21
Kaksi kertaa tai useammin	17	12	8	7	10	6
Yhteensä	100	100	100	100	100	100
N	151	478	1782	46	214	1533
p-arvo	0,001 (Avuntarveryhmien välillä)			0,218 (Avuntarveryhmien välillä)		

Liitetaulukko 38. **Tyttöjen** opiskeluterveydenhuollon **terveydenhoitajan** vastaanottokäyntien määrä yhden lukuvuoden aikana masentuneen tai ahdistuneen mielialan takia koetun avuntarpeen sekä kieliryhmän mukaan, %.

Terveys- hoitaja vastaanotto	Suomenkieliset			Ruotsinkieliset		
	Koettu avuntarve			Koettu avuntarve		
	Kyllä	En osaa sanoa	Ei	Kyllä	En osaa sanoa	Ei
	%	%	%	%	%	%
Ei lainkaan	13	26	29	22	21	28
Kerran	34	30	35	36	41	41
Kaksi kertaa tai useammin	53	44	36	42	38	31
Yhteensä	100	100	100	100	100	100
N	85	260	1007	66	221	783
p-arvo	0,002 (Avuntarveryhmien välillä)			0,064 (Avuntarveryhmien välillä)		

Liitetaulukko 39. **Tyttöjen** opiskeluterveydenhuollon **lääkäriin** vastaanottokäyntien määrä yhden lukuvuoden aikana masentuneen tai ahdistuneen mielialan takia koetun avuntarpeen sekä kieliryhmän mukaan, %.

Lääkäriin vastaanotto	Suomenkieliset			Ruotsinkieliset		
	Koettu avuntarve			Koettu avuntarve		
	Kyllä	En osaa sanoa	Ei	Kyllä	En osaa sanoa	Ei
	%	%	%	%	%	%
Ei lainkaan	79	75	79	62	66	65
Kerran	12	16	14	12	18	25
Kaksi kertaa tai useammin	9	9	7	26	16	10
Yhteensä	100	100	100	100	100	100
N	85	260	1001	66	218	781
p-arvo	0,367 (Avuntarveryhmien välillä)			<0,001 (Avuntarveryhmien välillä)		

Liitetaulukko 40. **Poikien** opiskeluterveydenhuollon **terveydenhoitajaan** vastaanottokäyntien määrä yhden lukuvuoden aikana masentuneen tai ahdistuneen mielialan takia koetun avuntarpeen sekä kieliryhmän mukaan, %.

Terveys- hoitaja vastaanotto	Suomenkieliset			Ruotsinkieliset		
	Koettu avuntarve			Koettu avuntarve		
	Kyllä	En osaa sanoa	Ei	Kyllä	En osaa sanoa	Ei
	%	%	%	%	%	%
Ei lainkaan	42	37	42	47	40	43
Kerran	29	39	37	20	37	40
Kaksi kertaa tai useammin	29	24	21	33	23	17
Yhteensä	100	100	100	100	100	100
n	31	123	906	15	92	634
p-arvo	0,637 (Avuntarveryhmien välillä)			0,214 (Avuntarveryhmien välillä)		

Liitetaulukko 41. Tutkimukseen osallistuneiden Pohjanmaan kuntien ruotsinkielisen väestön osuus, %.

Isokyrö	0,6
Kristiinankaupunki	56,6
Kruunupyö	83,3
Laihia	1,0
Mustasaari	70,2
Närpiö	88,4
Pietarsaari	56,4
Pedersöre	90,1
Uusikaarlepyy	89,3
Vaasa	24,8
Vöyri-Maksamaa	84,6
Kokkola	13,9

Liitetaulukko 42. Tutkimukseen osallistuneiden Uudenmaan kuntien ruotsinkielisen väestön osuus, %.

Hanko	43,7
Kirkkonummi	18,5
Lohja	4,0
Mäntsälä	0,8
Karjaa	59,0
Tammisaari	81,0
Askola	2,8
Lapinjärvi	32,7
Loviisa	38,0
Porvoo	31,6
Sipoo	38,6