



OULUN YLIOPISTO
UNIVERSITY of OULU

KARVONEN KAISA

KOULU JA MIELENTERVEYS – PSYKIATRISISSA OSASTOHOIDOSSA
OLLEIDEN ALAIKÄISTEN NUORTEN KOULUTAUSTA JA KOULUMENES-
TYS

Kasvatustieteen pro gradu -tutkielma

KASVATUSTIETEIDEN TIEDEKUNTA

Teknologiapainotteinen luokanopettajakoulutus

2015



| | | | |
|--|---------------------------------------|---------------------------------|------------------------------|
| Teknologiapainotteinen luokanopettajakoulutus | | Tekijä/Author Kaisa Karvonen | |
| Työn nimi/Title of thesis Koulu ja mielenterveys – Psykiatrisessa sairaalahoidossa olleiden alaikäisten nuorten koulutausta ja koulumenestys | | | |
| Pääaine/Major subject kasvatustiede | Työn laji/Type of thesis Pro Gradu | Aika/Year 2015 | Sivumäärä/No. of pages 54 |
| Tiivistelmä/Abstract <p>Nuorten mielenterveysongelmat ovat erittäin vakava ja ajankohtainen ongelma, sillä joka viides lapsi ja nuori kärsii niistä. Mielenterveysongelmiin on tärkeää puuttua jo varhaisessa vaiheessa ja tehdä ennaltaehkäisevää työtä. Nuorten mielenterveysongelmiin ja syrjäytymiseen on esitetty monia kouluun liittyviä syitä ja syrjäytymisen ennaltaehkäisemisessä nähdään koululla olevan suuri merkitys.</p> <p>Tässä työssä kartoitetaan sitä, minkälaisia asioita voidaan, ja tulee ottaa huomioon koulussa lapsen suotuisan psyykkisen kehityksen tukemiseksi. Toisaalta etsitään myös opettajan havainnointi- ja vaikutusmahdollisuuksia käytännön koulutyössä. Tutkielma käsittelee eri tiedealojen tutkimuksia, joissa näitä asioita on lähestytty monista eri näkökulmista.</p> <p>Tässä tutkimuksessa tarkasteltiin alaikäisenä psykiatrisessa sairaalahoidossa olleiden nuorten koulutausta ja koulumenestystä. Tutkimus on osa Study-70 tutkimusprojektia. Tutkimusaineisto koostuu Oulun yliopistollisen sairaalan psykiatrisen klinikan osasto 70 alaikäisistä potilaista (N=508), jotka ovat olleet psykiatrisessa osastohoidossa huhtikuun 2001 ja maaliskuun 2006 välisenä aikana. Koulutaustatiedot saatiin tutkimushaastatteluista. Koulumenestystä arvioitiin opetusministeriöstä tilattujen peruskoulun päättötodistusten arvosanatietojen perusteella.</p> <p>Tutkimusaineiston nuorilla oli keskimäärin huonommat kouluarvosanat kuin normaaliväestössä. Arvosanat ja koulutaustatiedot erosivat sukupuolittain ja sairausryhmittäin. Pojilla oli tässä aineistossa merkittävästi tyttöjä enemmän oppimisvaikeuksia. Pojat olivat olleet myös tyttöjä enemmän erityisopetuksessa, mukautetussa opetuksessa, tarkkailuluokalla sekä jääneet luokalle. Tytöt menestyivät keskimäärin poikia paremmin koulussa. Huonoin koulumenestys oli käytös- ja päihdehäiriöisillä nuorilla.</p> <p>Tämän tutkimuksen nuorista 40 prosenttia oli kiusattu koulussa. Koulukiusaajiksi tunnustautui lähes viidennes nuorista, pojat olivat tyttöjä useammin koulukiusaajia. Kiusaaminen oli yleisempää käytöshäiriöisillä nuorilla kuin muilla nuorilla. Koulukiusaaminen lisäsi aineistossa käytöshäiriön riskiä pojilla 3,5-kertaiseksi ja tytöillä jopa 5-kertaiseksi.</p> <p>Tutkimuksen perusteella ei voida suoraan löytää keinoja nuorten mielenterveyden ongelmien vähentämiseksi. Tutkimuksessa kuitenkin etsitään ja esitellään koulun ja mielenterveyden välistä yhteyttä. Jokaisen opettajan tulisi tiedostaa mielenterveyden häiriöiden yleisyys lapsilla ja nuorilla sekä löytää keinoja edistää oppilaiden hyvinvointia omalla työllään ja moniammatillisin keinoin.</p> | | | |
| Asiasanat/Keywords Koulu, kouluhyvinvointi, koulumenestys, mielenterveys, psykiatrinen sairaus | | | |

Sisältö

| | | |
|----------|---|-----------|
| 1 | Johdanto | 1 |
| 2 | Kirjallisuuskatsaus | 3 |
| 2.1 | Kouluympäristö ja hyvinvointi | 3 |
| 2.2 | Nuoren normaali kehitys ja mielenterveyden häiriöt | 6 |
| 2.3 | Koulu ja mielenterveys | 9 |
| 2.4 | Psykiatrinen sairaus ja koulumenestys | 11 |
| 2.5 | Koulumenestyksen arviointi | 13 |
| 2.6 | Koululaisten mielenterveyden ja hyvinvoinnin edistäminen | 15 |
| 2.6.1 | <i>Kouluhyvinvoinnin kehittämishankkeita</i> | 16 |
| 2.6.2 | <i>Opettaja lapsen ja nuoren mielenterveyden edistäjänä</i> | 18 |
| 2.6.3 | <i>Moniammatillinen yhteistyö</i> | 21 |
| 3 | Aineisto ja menetelmät | 24 |
| 3.1 | Aineistonkeruumenetelmät | 26 |
| 3.2 | Muuttajat | 27 |
| 3.3 | Tutkimusmenetelmät | 29 |
| 4 | Tulokset | 32 |
| 5 | Pohdinta | 44 |
| 5.1 | Tulosten pohdinta | 45 |
| 5.2 | Tutkimuksen heikkoudet ja vahvuudet | 47 |
| 5.3 | Johtopäätökset | 47 |
| 6 | Lähteet | 49 |

1 Johdanto

Nuorten mielenterveysongelmat ovat erittäin vakava ja myös kansantaloudellisesti merkittävä ongelma. Mielenterveysongelmiin on tärkeää puuttua varhain, jo silloin kun ongelmat ovat vasta alkuvaiheessa, tai ennaltaehkäistä niitä ennen kuin ongelmia ehtii edes syntyä. Nuorten syrjäytyminen ja mielenterveys on ollut yleisenä huolenaiheena ja keskustelun keskipisteessä viime aikoina. Joka viides lapsi ja nuori kärsii mielenterveyden ongelmista. Alaikäisten potilaiden määrä psykiatrisessa sairaalahoidossa on kaksinkertaistunut kymmenen viime vuoden aikana. (Aalto-Setälä & Marttunen 2007.) Joka päivä jopa viisi nuorta jää eläkkeelle mielenterveydellisistä syistä (Raitasalo & Maaniemi, 2011). Nämä taustatiedot saivat minut kiinnostumaan tutkimuksesta, joka käsittelee nuorten mielenterveyttä ja kouluympäristöä. Tulevana opettajana ja kasvattajana pohdin, minkälaisia oppilaan henkiseen terveyteen liittyviä asioita opettaja voi koulutyössä kohdata, ja minkälaisia vaikutuksia erilaisilla ongelmilla koulussa voi olla lapsen tulevaisuuteen.

Lasten ja nuorten mielenterveyden edistäminen on ajankohtainen ja tärkeä aihe. Vaikka tämän asian on perinteisesti ajateltu kuuluvan terveydenhuollon alalle, on nykyisin pyritty etsimään myös moniammatillisia keinoja. Opettaja on usein, vanhempiensa ohella, lapsen tärkein aikuiskontakti. Koulu voi tukea lapsen ja nuoren psyykkistä kehitystä ja voi suuresti vaikuttaa nuoren tulevaan mielenterveyteen. Vaikutukset voivat olla myönteisiä mutta myös kielteisiä. Lapsen ja nuoren kokonaisvaltaisen psyykkisen kehityksen pohjaa luodaan kodin ohella myös koulussa.

Huoli opettajan selviytymisestä ja jaksamisesta psykiatrisista ongelmista kärsivän lapsen tai nuoren kanssa on ollut viime aikoina pinnalla mediassa. Koulun ei ole tarkoitus olla hoitopaikka, mutta koulussa pystytään tekemään paljon myös mielenterveyttä tukevia toimenpiteitä. Koulun tehtävä on tukea nuoren psyykkistä vahvistumista. Tärkeintä on olla aidosti läsnä. Tavallisessa koulussa luokanopettaja voi kohdata oppilaita, jotka tarvitsevat normaalia enemmän tukea psyykkiseen kehitykseen ja hyvinvointiinsa. Ne lapset, jotka ovat erityisen avun tarpeessa ja riskissä mielenterveyden häiriöille voivat jäädä helposti vaille tarvitsemaansa huomiota. Koulun tarjoama tuki on jaettu yleiseen, erityiseen ja tehostettuun riippuen siitä miten voimakkaita toimenpiteitä oppilaaseen kohdennetaan. Koulun roolista lasten ja nuorten mielenterveyden myötävaikuttajana on keskusteltu tähän asti

enimmäkseen lääketieteellisissä julkaisuissa. Kasvatustieteellistä tutkimusta aiheesta on vielä kohtuullisen niukasti.

Nuoren kehitysvaiheena murrosikä sijoittuu yleensä peruskoulun viimeisille luokille. Se on aikaa, jolloin nuoren elämään kuuluu normaalia kuohuntaa, mutta joka samalla on se hetki, jolloin monet, vakavatkin mielenterveyshäiriöt voivat puhjeta. Kiinnostuksen kohteena tässä tutkimuksessa on juuri murrosiässä, tai sen kynnyksellä oleva joukko alaikäisiä nuoria, joilla on akuuttia nuorisopsykiatrista sairaalahoitoa vaativia oireita.

Tässä työssä kartoitetaan sitä, minkälaisia asioita voidaan, ja tulee ottaa huomioon koulussa lapsen suotuisan psyykkisen kehityksen tukemiseksi. Pro Gradu -tutkielmani käsittelee nuorten mielenterveyttä koulumaailmassa sekä koulun ja mielenterveyden yhteyttä. Tutkimuksessa yhdistyy eri tiedealojen tutkimuksia, joissa näitä asioita on lähestytty monista eri näkökulmista. Käyttämällä laajaa pohjoissuomalaista potilasaineistoa tarkastellaan psykiatrisessa sairaalahoidossa olleiden alaikäisten nuorten koulutaustaa ja koulumenestystä. Tämän työn tarkoituksena on etsiä psykiatrisesti sairastuneen nuoren koulutaustassa olevia mahdollisia suoja- ja riskitekijöitä. Tarkoituksena on vertailla sukupuolittain ja eri sairausryhmien välillä nuorten koulutaustaa ja koulumenestystä. Tutkimuksen keskeisiä käsitteitä ovat lapsen ja nuoren mielenterveys, kouluilmapiiri, koulutausta ja koulun mahdollisuudet nuorten mielenterveyden edistämiseen.

2 Kirjallisuuskatsaus

Kirjallisuuskatsauksessa käydään läpi aikaisempia tutkimuksia, joissa on käsitelty koulua, mielenterveyttä ja sen edistämistä. Tutkimukset ovat lääketieteen, psykologian ja kasvatustieteen aloilta. Nuorten mielenterveyden ja koulun välistä yhteyttä on tutkittu sairauden ja koulumenestyksen kannalta, mutta myös koulutaustan ja myöhemmin elämässä tapahtuvan sairastumisen kannalta. Kirjallisuudessa esitellään tavallisimpia vakavia nuorten mielenterveydenhäiriöitä ja niiden hoitoa. Tutkimuksissa esitetään myös erilaisia keinoja, joilla nuorten mielenterveyttä voisi edistää koulun ja opettajan keinoin.

2.1 Kouluympäristö ja hyvinvointi

Ympäristöllä, jossa lapset kasvavat on suuri vaikutus lapsen kehitykseen, ja siihen, miten lapset voivat fyysisesti ja psyykkisesti. Kun lapsi ehtii kouluikänsä, kodin ja päivähoiton sijaan lapsen tärkeäksi kasvuympäristöksi muodostuu koulu. Kouluympäristössä oppivelvolliset lapset viettävät suuren osan valveillaoloajastaan. (Headley & Campbell, 2011; Rothi, Leavey & Best, 2008). Ei ole siis ollenkaan yhdentekevää, millainen tämä kouluympäristö on puitteiltaan.

Oppimisympäristö voidaan jakaa psyykkiseen, sosiaaliseen, kognitiiviseen ja fyysiseen oppimisympäristöön. Oppimisympäristöön kuuluvat kaikki oppilaan toimintoihin, oppimiseen, asenteisiin ja koulunkäyntiin vaikuttavat asiat ja tilanteet. Siihen sisältyy myös välitön ja välillinen vuorovaikutus opettajan ja oppilaan välillä sekä myös oppilaiden välinen vuorovaikutus. Oppimisympäristön merkitys oppimisprosesseihin on erittäin suuri. Esimerkiksi psyykkinen oppimisympäristö voi parhaimmillaan merkitä hyvinvointia, pahimmillaan pahoinvointia. (Ikonen & Virtanen, 2007a.)

Piispasen (2008) kasvatustieteellisessä väitöskirjatyössä kouluilmapiiriä lähestyttiin kolmesta eri ulottuvuudesta: psykologisesta ja sosiaalisesta näkökulmasta, fyysisestä näkökulmasta sekä pedagogisesta näkökulmasta. Eri aikakausina vallitsevat pedagogiset suuntauokset, arvot ja ihanteet sekä toisaalta havainnoijan näkökulma vaikuttavat käsityksiin oppimisympäristön hyvyydestä. Tästä johtuen myös oppimisympäristön muutokset tapahtuvat usein viiveellä. Piispasen tutkimuksessa oppilaat, vanhemmat ja kasvatustieteen ammattilaiset painottivat erilaisia asioita pohtiessaan millainen on hyvä koulu. Hyvän koulun tulee olla hyvä fyysisenä paikkana, mutta myös pedagogisilta ja psykologisilta puitteiltaan.

Oppimisympäristön kehittämisessä tärkeimmäksi asiaksi nousi turvallisuus, jonka haluttiin säilyvän muutosten keskellä. (Piispanen, 2008.)

Opiskeluympäristöjä luotaessa tai arvioitaessa fyysinen ympäristö saattaa helposti ohittaa psyykkisen ympäristön. Koulurakennuksen fyysiset puitteet eivät kuitenkaan ratkaise yksistään oppilaan hyvinvointia. Siihen vaikuttavat myös paljon koulun arvot ja se psyykinen ilmapiiri mikä koulussa vallitsee. Hyvä koulu- ja kehityspaikka on edellytys oppimiselle, mutta se on myös edellytys lapsen normaalille henkiselle kasvulle. Opettajan ja oppilaan vuorovaikutuksen tulisi koulussa perustua keskinäiseen kunnioitukseen. Jokainen vuorovaikutussuhde on luonteeltaan eettinen ja arvoja välittävä. Kasvatus- ja opetustyö on aina arvojen ohjaamaa. Opettaja voi siirtää oppilailleen yhteiskunnassa vallitsevia ja omia arvojaan luomalla sellaisen kasvu-ympäristön, jossa luodaan kasvattavia arvokokemuksia. Vuorovaikutus koulussa heijastaa siis koulun ja koko yhteiskunnan arvoja ja siten voi vaikuttaa oppilaiden ja koulu-yhteisön lisäksi koko lähiyhteisön hyvinvointiin. (Launonen, 2007.)

Opetussuunnitelman perusteiden mukaan peruskoululla on opetuksen lisäksi myös kasvatustehtävä. (Opetussuunnitelman perusteet, 2004). Opettajan ja oppilaan välillä vallitsee inhimillinen vuorovaikutussuhde, jota kutsutaan pedagogiseksi suhteeksi. Tämä kasvatussuhde on asymmetrinen, sillä opettaja on aikuisena suhteessa eri asemassa, kuin oppilas lapsena. Opetustapahtuman ajatellaan olevan aina myös kasvatustapahtuma. Opettajan ja oppilaan välisessä vuorovaikutuksessa on olennaista, että kaikki vuorovaikutus tapahtuu oppilaan takia ja hänen parhaakseen. Lapsen etu nousee pedagogisen suhteen tärkeimmäksi asiaksi. Opettajan toimintaa lapsen parhaaksi ohjaavat vallitsevan yhteiskunnan arvot, sillä yhteiskunta on rakentanut kasvatusjärjestelmän. (Kansanen, 2004, s. 75–79.)

Kasvatussuhteessa opettajalla, vanhempien ohella, on vastuu lapsen kasvatuksesta. Vähimmillään tämä tarkoittaa perehtymistä opetussuunnitelmaan ja toimimista koululaitoksen toimintaperiaatteiden mukaisesti. Henkitieteellisessä pedagogiikassa voidaan käyttää myös termiä pedagoginen rakkaus, jonka avulla halutaan kuvailla pedagogisen suhteen luonnetta. Pedagogisen suhteen luonne on hyvin sensitiivinen ja myönteinen. Se perustuu luottamukseen ja vapaaehtoisuuteen. Pedagogisen suhteen lopullinen tarkoitus on tehdä itsensä tarpeettomaksi, eli mahdollistaa nuoren kasvaminen itsenäiseksi ja täysivaltaiseksi persoonaksi. (Kansanen, 2004, s. 75–79.) Koulunkäynnillä on havaittu vaikutuksia oppilaan minäkuvaan, tunne-elämään ja mielenterveyteen. Hyvä oppimisympäristö mahdollistaa

myönteisen ja realistisen kuvan syntymisen itsestä ja edistää hyvän elämän kehitystä. (Uusikylä, 2006b, s. 11–28.) Kouluopetus on siis myös koulukasvatusta.

Opettajan ja oppilaan välinen vuorovaikutus luo pohjan kouluoppimiselle, mutta se vaikuttaa myös paljon oppilaan kehitykseen ja kasvuun. Kasvatussuhde ei ole terapiasuhde, mutta läsnä olevalla ja välittävällä aikuisella kasvattajana voi olla myös terapeuttinen vaikutus. Oleellista kasvatussuhteessa, kuten terapiasuhteessakin on luottamus. Opettajan ja oppilaan välisen kasvatussuhteen voisi ajatella olevan seuraava tärkeä suhde vanhemman ja lapsen välisen varhaisen vuorovaikutussuhteen jälkeen.

Tutkimukset, jotka käsittelevät kouluympäristön terveysvaikutuksia, liittyvät perinteisesti enimmäkseen kouluterveydenhuoltoon. Turussa toteutetussa kouluterveydenhuollon tutkimuksessa, selvitettiin viidesluokkalaisten koululaisten terveydentilaa. Tutkimuksessa arvioitiin myös oppilaiden laajemman terveystarkastuksen tarpeellisuutta ennen yläasteelle siirtymistä. Koululaisista 17 prosentilla havaittiin jokin pitkäaikaissairaus. Kaksi kolmasosaa oppilaista kärsi jostakin somaattisesta tai psyykkisestä oireesta. Tarkastuksen perusteella lääkäri määräsi 40 prosentille oppilaista jonkin jatkotoimenpiteen. Tutkimustulokset kertovat koululaisten yleisestä terveydestä ja laajemman terveystarkastuksen tarpeellisudesta ennen yläasteelle siirtymistä. (Salonen, Aromaa, Rautava, Suominen, Alin & Liuksila, 2004.)

Kouluterveydenhuolto kuuluu lain mukaan kaikille peruskouluikäisille. Kuitenkin se ja terveydenhuolto yleensäkin tavoittavat huonosti peruskouluikäisiä oppilaita. Kouluterveydenhuollon jo ennalta vähäisiä taloudellisia resursseja on vähennetty ja erityisesti terveystarkastuksia supistettu. (Salonen et al., 2004.) Kouluterveydenhuolto vastaa oppilaan fyysisestä, mutta myös psyykkisestä terveydestä. Kouluterveyttä ei ole kuitenkaan mahdollista ylläpitää ja tukea vain kouluterveydenhuollon toimesta. Koululaisten terveys kuuluu kaikille lasten ympärillä työskenteleville. Opettajakin voi joutua osallistumaan työssään terveydenhuollon ammattilaisten ja vanhempien ohella oppilaan terveyden hoitoon, esimerkiksi ottamalla osaltaan vastuuta vaikkapa pienen oppilaan diabeteksen hoidosta tai osallistumalla oppilashuoltoon.

2.2 Nuoren normaali kehitys ja mielenterveyden häiriöt

Nuoruusiän normaali kehitys sijoittuu tavallisesti noin 12–22 vuoden ikään. Nuoruusiän alku määrittyy fyysisten puberteetin muutosten alkamisesta. Normaali kehitys sisältää biologisen kasvun ja hermoston kehittymisen lisäksi kognitiivisia, psykologisia ja sosiaalisia kehitystehtäviä. Nuoruusiässä lapsi irrottautuu vähitellen lapsuudesta ja oma persoonallinen aikuisuus syntyy. Onnistunut psykologinen kehitys johtaa eheään persoonallisuuden kehittymiseen, jolloin nuori saavuttaa autonomian. On huomattava, että nuoruusikään ja sen kehitystehtäviin vaikuttaa merkittävästi ja monin tavoin sitä edeltänyt lapsuusaika. (Marttunen & Kaltiala-Heino, 2011.)

Joka viides nuori kärsii jostain mielenterveyshäiriöstä, ja useimmat aikuisten mielenterveyshäiriöistä ovat alkaneet jo lapsena tai nuorena (Marttunen & Karlsson, 2013). Sairastuvuus mielenterveyden häiriöihin lisääntyy huomattavasti lapsuudesta nuoruuteen siirryttäessä. Laajoissa väestötutkimuksissa on selvinnyt, että noin puolet aikuisiän mielenterveyshäiriöistä on alkanut jo ennen 14 vuoden ikää ja noin kolme neljästä ennen 24 vuoden ikää. (Marttunen & Karlsson, 2013). Nuorilla on mielenterveyshäiriöitä noin kaksi kertaa useammin kuin lapsilla, esiintyvyys on lähes yhtä suuri kuin aikuisilla. Nuorten mielenterveyshäiriöiden esiintyvyydessä on myös sukupuolieroja. Vakava masennus, paniikkihäiriö, sosiaalisten tilanteiden pelko ja syömishäiriöt ovat yleisempiä tytöillä kuin pojilla, käytöshäiriöt, tarkkaavuushäiriöt ja päihdehäiriöt ovat taas pojilla yleisempiä (Marttunen & Kaltiala-Heino, 2011).

Yleisimpiä nuorten mielenterveysongelmia ovat mieliala-, ahdistuneisuus-, käytös- ja päihdehäiriöt. Nuoren tilannetta on arvioitava kokonaisvaltaisesti, sillä häiriintyneen ja iänmukaisen kehityksen välinen ero saattaa olla vähäinen. Aalto-Setälä ja Marttunen (2007) korostavat, että nuorta tutkittaessa onkin aina tunnettava nuoruusiän normaalin kehityksen pääpiirteet. Lapsen kanssa työskentelevät tuntevat, tai heidän tulisi tuntea hyvin lapsen ja nuoren normaalin kehityksen, jotta voisi ylipäättänsä määritellä tai havaita mitään poikkeavaa kehitystä.

Nuorten vakavia mielenterveyden häiriöitä ovat psykoosi, depressio, kaksisuuntainen mielialahäiriö, ahdistuneisuushäiriö, syömishäiriö, vakava päihdehäiriö ja vakava käytöshäiriö. Vakavat mielenterveyshäiriöt vaativat usein hoitoa nuorisopsykiatrisella osastolla, ja ne voivat uhata jopa nuoren henkeä. Tällöin voidaan tarvita myös tahdosta riippumatonta hoitoa, josta on säädetty erikseen mielenterveyslaissa. Alaikäiset nuoret hoidetaan nuorille

tarkoitetuilla osastoilla ja hoito poikkeaa täysi-ikäisten hoidosta. (Erkolahti, 2006.) Vakavista mielenterveydenhäiriöistä erityisesti depressio, eli masennus on vakava kansanterveydellinen ongelma. Se voi hoitamattomana johtaa itsetuhoisuuteen, ja on näin hengenvaarallinen sairaus. (Moor, et al., 2007).

Psykoosi sairautena tarkoittaa laajuudeltaan vaihtelevaa tietoisien järjestäytyneiden toimintojen katoa. Siinä on tyypillistä, että mielen sisäistä ja ulkoista todellisuutta on vaikea erottaa toisistaan. Nuoruusikäisessä väestössä psykoosien osuus on n. 1 %. Noin 60 % psykooseista on skitsofreniaa, johon kuuluvat esimerkiksi harhaluulot, aistiharhat, puheen epä johdonmukaisuus ja tunneilmaisun köyhtyminen. Skitsofreniaan liittyy huonontunut kyky huolehtia itsestä ja opiskelukyvyn ja sosiaalisten taitojen heikkeneminen. Skitsofrenia alkaa tyypillisesti vasta myöhäisnuoruudessa, mutta se voi alkaa aikaisemminkin. Psykoosin tunnistaminen nuorilla on vaikeampaa kuin aikuisilla, mutta sen ennustetta parantaa varhainen hoitoonohjaus ja tehokkaat toimet syrjäytymisen ehkäisemiseksi. (Marttunen & Kaltiala-Heino, 2011.) Psykoosi on aina vakava mielenterveydenhäiriö, joka vaatii yleensä sairaalahoitoa (Erkolahti, 2006).

Mielialahäiriöille, joihin masennus, eli depressio, myös kuuluu, on ominaista mielialan häiriintyminen, mikä ilmenee moninaisina oireina, erityisesti mielialan laskuna ja mielihyvän menetyksenä. Nuorten masennuksen ja normaalien mielialanvaihteluiden erottaminen voi olla vaikeaa. Mielialahäiriön hoitomuoto valikoituu masennustilan vakavuuden mukaan. (Marttunen & Kaltiala-Heino, 2011.) Masennus on suurimpia kansanterveysongelmia kaikista sairauksista. Vakava, ja osastohoitoa vaativa, mielenterveyden häiriö se on silloin, kun siihen liittyy itsetuhoisuutta ja voimakasta ahdistuneisuutta (Erkolahti, 2006).

Ahdistushäiriöille on tyypillistä voimakas, pitkäkestoinen ja toimintakykyä rajoittava ahdistuksen tunne, johon liittyy myös somaattisia, eli ruumiillisia tuntemuksia sekä jännitystä, pelkoa, levottomuutta, huolestuneisuutta tai jopa paniikin tai kauhun kokemuksia, jotka ajoittaisina voivat olla arkipäiväisiä, kaikkien elämään joskus kuuluvia tunteita. Ahdistuneisuushäiriöt ovat yleisiä mielenterveyshäiriöitä, jotka rajoittavat niistä kärsivien elämää ja heikentävät toimintakykyä ja elämänlaatua. Yleisimpiä ahdistuneisuushäiriöitä nuoruudessa ovat yleistynyt ahdistuneisuus, julkisten paikkojen pelko, sosiaalisten tilanteiden pelko, pakko-oireinen häiriö ja paniikkihäiriö. Nuoruusiässä ahdistuneisuus ilmenee useimmiten vuorovaikutustilanteissa. (Marttunen & Kaltiala-Heino, 2011.) Ahdistuneisuushäiriön hoidossa käytetään useimmiten psykoterapiaa, mutta häiriö voi vaatia tahdosta

riippumatonta osastohoitoa, jos oireet ovat niin voimakkaita, että nuoren kehitys estyy, tai häiriöön liittyy itsetuhoisuutta (Erkolahti, 2006).

Käytöshäiriöt ovat nuoruudessa melko yleisiä, mutta hoidollisesti hankalia psykiatrisia sairauksia (Erkolahti, 2006). Käytöshäiriöistä kärsivät nuoret eivät usein ole motivoituneita terapiaan, vaikka voisivatkin siitä hyötyä. Käytöshäiriöihin liittyy tyypillisesti koulupinnausta, varastelua, ilkivaltaa ja väkivaltaisuutta. (Marttunen & Kaltiala-Heino, 2011.) Käytöshäiriö tulisi yleensä hoitaa avohoidossa, mutta se voi vaatia tahdosta riippumatonta hoitoa, jos siihen liittyy impulssikontrollin häiriö, hallitsematonta aggressiivisuutta tai itsemurhavaara (Erkolahti, 2006).

Päihdehäiriöllä tarkoitetaan alkoholin, huumeiden, lääkaineiden tai muiden pähteiden aiheuttamaa akuuttia päihtymystä, väärinkäyttöä tai riippuvuutta kyseisestä aineesta. Päihdeongelmat voivat alkaa jo lapsuudessa tai varhaisnuoruudessa. Alkoholin ja erilaisten huumeiden käyttö yleistyy nuoruudessa. Noin 5–10 % suomalaisista nuorista on arvioitu olevan jokin päihdehäiriö. Nuorilla päihdehäiriön diagnosointi ja hoitoon ohjaus on haastavampaa kuin aikuisilla. Laitoshoitoa häiriö voi vaatia, jos kyseessä on riippuvuus, nuori käyttää suonensisäisiä huumeita, tai käyttäytyy itsetuhoisesti. (Marttunen & Kaltiala-Heino, 2011.)

Muita vakavia ja sairaalahoitoa vaativia psykiatrisia häiriöitä ovat syömishäiriöt, joihin kuuluu laihuus- ja ahmimishäiriöt. Syömishäiriöt voivat uhata nuoren henkeä somaattisten komplikaatioiden tai itsetuhoisuuden vuoksi (Erkolahti, 2006). Syömishäiriöllä tarkoitetaan tiloja, joissa ruoka on menettänyt merkityksensä ravintona ja siitä on tullut väline säädellä kehoa. Syömishäiriö toimii ongelmanratkaisuna ja sairastuneen nuoren mielen suojana. Syömishäiriöihin kuuluvat laihuushäiriö ja ahmimishäiriöt. Syömishäiriö voi alkaa missä iässä tahansa, mutta tavallisinta niiden ilmaantuminen on nuoruudessa. Häiriön esiintyvyyttä on toivottu voitavan vähentää erilaisilla lasten ja nuorten itsetuntoa vahvistavilla ohjelmilla. (Marttunen & Kaltiala-Heino, 2011.)

Monille mielenterveyshäiriöille kuten masennukselle ja ahdistuneisuushäiriöille on tyypillistä, että ne puhkeavat ja yleistyvät varhaisnuoruudessa. Näihin mielenterveyshäiriöihin liittyy erilaisia altistavia tekijöitä, mutta lisääntyvästi on tutkittu myös mielenterveyshäiriöltä suojaavia tekijöitä. (Aalto-Setälä & Marttunen 2007; Laajasalo & Pirkola, 2012.) Nuoruus on kuitenkin aikaa, jolloin tapahtuu normaaliakin kuohuntaa. Kaikki normaalista poikkeava toiminta ei ole välttämättä merkki häiriöstä. Pidempään jatkuminen ja erityisesti

toimintakyvyn lasku viittaavat häiriöön. Mielenterveyden häiriöiden diagnosointi nuoruusiällä vaatiikin siksi erityistä perehtyneisyyttä. Eri mielenterveyshäiriöt ilmenevät erilaisina oireina. Esimerkiksi masentunut tai ahdistunut nuori voi kätkeä ongelmansa, ja toimia päällisin puolin normaalisti, kun taas esimerkiksi käytöshäiriön oireet voivat näkyä hyvin paljon ulospäin.

Hyvän mielenterveyden ei katsota olevan vain mielenterveyden häiriön puuttumista. Lönnqvist ja Lehtonen (2011) määrittelevät mielenterveyden kykynä ihmissuhteisiin, toisista välittämiseen ja rakkauteen sekä kykynä ja haluna vuorovaikutukseen, työntekoon, sosiaaliseen osallistumiseen ja asianmukaiseen oman edun valvontaan. Lapsen ja nuoren mielenterveys ilmenee kykynä olla vuorovaikutuksessa, ilmaista tunteita, käydä koulua ja nauttia elämästä. Siihen kuuluu myös taito sietää pettymyksiä ja vastoinkäymisiä. Hyvää mielenterveyttä on riittävä itsetunto, mutta myös toisten arvostaminen. (Hannukkala & Salonen, 2005, s. 52). Mielenterveyttä edistävä työ on taas kaikkea toimintaa, joka vahvistaa mielenterveyttä tai vähentää sitä vahingoittavia tekijöitä. Mielenterveyden edistäminen ei ole vain psykiatrian, lääketieteen erikoisalan tehtävä, vaan se kuuluu kaikille yhteiskunnan osaloille. Psykiatrisessa ehkäisevässä työssä pyritään mielenterveyden häiriöiden synnyn ehkäisemiseen. Tässä työssä ovat avainasemassa esimerkiksi äitiys- ja lastenneuvolatyö. Lönnqvist ja Lehtonen (2011) kirjoittavat mielenterveyttä edistävästä tekijöistä merkittävän osan olevan sosiaali- ja terveystalouden ulkopuolella ja valtaosan psykiatrisen hoidon saavuttamattomissa.

2.3 Koulu ja mielenterveys

Katsausartikkelissaan Kaltiala-Heino, Ranta ja Fröjd (2010) kokosivat nuorten mielenterveyteen liittyviä asioita, jotka tulevat esiin jollakin tavalla kouluelämässä. Koulumenestyksen, osallisuuden koulukiusaamiseen ja koulupoissaolojen on havaittu liittyvän nuorten mielenterveyteen koulumaailmassa. Erityisesti äkillisesti romahtavan koulumenestyksen katsottiin olevan tärkeä hälytysmerkki. Nämä riskitekijät näkyvät oppilaiden kognitiivisissa ja sosiaalisissa taidoissa, mutta voivat toimia myös mielenterveyden indikaattoreina.

Mielenterveyden häiriöillä on monia vaikutuksia koulutyöhön. Ne voivat haitata oppilaan oppimista ja koulussa olemista. Mielenterveyden häiriöt liittyvät usein keskittymisvaikeuksiin, hahmottamisongelmiin ja motivaatioon. Oppimisvaikeuksien varhainen tunnistaminen ja oikein ajoitetut tukitoimet ovat tärkeitä, koska ne voivat ehkäistä mielenterveyshäiriöi-

den kehittymistä. Nämä ilmiöt on mahdollista huomata koulussa ja niihin voi myös puuttua muun muassa oppilashuollon keinoin. (Kaltiala-Heino et al., 2010.)

Koululla ja koulunkäynnillä voi olla myös vaikutuksia lapsen ja nuoren myöhempään kehitykseen. Kun on tutkittu retrospektiivisesti koulumenestyksen vaikutusta myöhempään mielenterveysongelmiin, on havaittu yhteyksiä koulutaustan ja psykiatrisen sairastumisen välillä. Esimerkiksi luokalle jääneillä ja erityiskouluissa olleilla on havaittu suurempi vaara sairastua myöhemmin sairaalahoitoa vaativiin mielenterveyshäiriöihin. Huonot kouluarvosanat ennustivat aikuisiän ei-psykoottisia häiriöitä. Myös erinomainen koulumenestys voi näkyä riskitekijänä myöhempään sairastumiseen, esimerkiksi erinomaisesti koulussa menestyneillä pojilla on havaittu nelinkertainen vaara sairastua skitsofreniaan. (Isohanni, 2000.) Mielenterveysongelmista kärsivien nuorten omat ajatukset ja muistot kouluajoista voivat antaa tietoja. Kun on tutkittu psykiatrisessa hoidossa olleen nuoren aikuisen elämää, eteenpäin vievinä asioina on nähty terveys, itsenäistyminen, työ, opiskelu ja seurustelu. Ongelmalliseksi on koettu psyykkisten vaikeuksien varhainen tunnistaminen ja tukeminen. (Kiviniemi, 2008.)

Myös koulukiusaaminen on liitetty vahvasti nuorten mielenterveyden ongelmiin. Kaltiala-Heino ja kumppanit (2010) havaitsivat osallisuuden koulukiusaamiseen liittyvän nuorten mielenterveyteen koulumaailmassa. Koulukiusaamisen on havaittu olevan vakava riski sekä kiusatulle että kiusaajalle ja altistavan muun muassa masennukselle ja itsetuhoisuudelle myöhemmässä elämässä (Kaltiala-Heino, Rimpelä, Marttunen, Rimpelä & Rantanen, 1999). Luukkosen ja kumppaneiden tutkimuksessa havaittiin että ulospäin näkyvät mielenterveyden häiriöt, kuten päihde- ja käytöshäiriöt lisäsivät todennäköisyyttä tulla kiusaajaksi tai kiusatuksi sekä tytöillä että pojilla, mutta sisäänpäin suuntautuneesta häiriöstä kärsivät, kuten mieliala- ja ahdistuneisuushäiriöstä tai psykoosista kärsivillä vastaava yhteys löytyi vain pojilla. Tutkijat korostivat kiusatuiksi tulleiden tai kiusaamiseen osallistuneiden nuorten psyykkisen arvioinnin merkitystä, koska kiusaamista tai kiusatuksi tulemistä voitiin pitää mahdollisena varhaisena merkinä psykiatrisesta sairaudesta. (Luukkonen, Räsänen, Hakko, Riala, & Study-70 Workgroup, 2010.)

Koulukiusaamisen on yhdistetty myös oppimisvaikeuksiin. Kaukiainen tutkimusryhmineen (2002) havaitsi viidennen luokan oppilailla yhteyden oppimisvaikeuksien ja kiusaamisen välillä sekä kiusaajilla että kiusatuilla. Pojilla myös minäkuva oli yhteydessä kiusaamiseen.

Sen sijaan sosiaalinen älykkyys ja oppimisvaikeudet korreloivat negatiivisesti kiusatuksi joutumisen kanssa. (Kaukiainen, et al., 2002.)

Mielenterveyshäiriö on koululaisten yleisin terveysongelma, ja vakavassa häiriössä nuoren koko kehitys on juuttunut. Huolestua tulisi erityisesti silloin, jos nuori eristäytyy, koulu ei suju tai toimintakyky heikkenee. Näissä tilanteissa ongelmat tulisi tunnistaa nopeasti, ja apua tulisi hakea heti (Marttunen & Karlsson, 2013). Koska koulupäivät kattavat suuren osan lapsen ja nuoren arjesta, ei ole yllättävää, että mielenterveyden häiriöt näkyvät myös koulussa, ja toisaalta koululla voi olla vaikutuksia myös myöhempään sairastumiseen. Koulu on tärkeä osa lasten ja nuorten mielenterveyden myönteistä kehittymistä. Koulun merkitystä ja vaikutusta mielenterveyden häiriöihin on tutkittu lääketieteelliseltä ja psykologiselta kannalta, mutta kasvatustieteellistä tutkimusta aiheesta on olemassa vielä suhteellisen vähän.

2.4 Psykiatrinen sairaus ja koulumenestys

Masennuksella on havaittu olevan vaikutusta oppilaiden koulutyöskentelyyn. Fröjd ja tutkimusryhmä (2008) tutkivat masennusta yläkouluikäisillä koululaisilla kyselytutkimuksen avulla. Oppilaat täyttivät diagnostisen kyselyn anonyymisti luokkahuoneessa. Tutkimuksen mukaan 18 %:lla tytöistä ja 11 %:lla pojista oli masennusta. Masennus oli yhteydessä keskittymisvaikeuksiin sekä vaikeuksiin sosiaalisissa suhteissa, itsenäisessä koulutyöskentelyssä, lukemisessa ja kirjoittamisessa. Masentuneet oppilaat näkivät koulutyön myös erittäin kuormittavana. Sukupuolten välillä ei ollut eroa. Tutkijat painottavat, että koululaiset, jotka kokevat vaikeuksia koulumenestyksessä tulisi tutkia masennuksen varalta. (Fröjd, et al., 2008.)

Koulumenestyksen ja itsemurhakäyttäytymisen sekä psykiatrisen sairastavuuden välisiä yhteyksiä alaikäisillä nuorilla tutkivassa tutkimuksessa havaittiin, että psykoottisilla miespotilailla, joilla oli hyvä koulumenestys, oli lisääntynyt riski itsemurhakäyttäytymiseen. Tutkijat korostavat, että vaikka hyvä koulumenestys nähdään usein merkkinä älykkyyydestä ja pärjäämisestä, tulee mielenterveydenhäiriöiden oireet ottaa huomioon tarkasti myös hyvin koulussa menestyvillä nuorilla. (Tikkanen, et al., 2009.)

Aikuisiällä skitsofreniaan sairastuneiden peruskoulutaustasta on myös etsitty piirteitä mahdollisille riskitekijöille. Cannon ja tutkimusryhmä (1999) suorittivat tapaus-verrokki tutki-

muksen Helsingissä vuosina 1951–1960 syntyneillä 400 skitsofreniaa sairastavalla ja 408 verrokilla. Tapaukset ja verrokkit jaettiin kolmeen faktoriin, akateeminen, ei-akateeminen ja käyttäytyminen. Tutkimuksessa huono koulumenestys liikunnassa ja käsitöissä (ei-akateeminen faktori) näytti olevan skitsofrenian riskitekijä. Tutkijat päättelivät sen voivan olla yhteydessä heikompaan motoriikkaan. Tässä tutkimuksessa huono (akateeminen) menestys peruskoulussa ei ollut kuitenkaan riskitekijä skitsofrenialle. (Cannon, et al., 1999.)

Koulumenestyksen yhteyttä on tutkittu myös suhteessa aikuisiän psykiatrisiin häiriöihin. Pohjoissuomalaisessa syntymäkohortissa havaittiin 2–8 kertaa korkeampi riski sairastua aikuisena johonkin mielenterveyshäiriöön niillä lapsilla, jotka eivät olleet 14-vuotiaana ikäänsä vastaavalla luokalla tai olivat erityiskoulussa verrattuna lapsiin, jotka olivat ikäänsä vastaavalla luokalla tai normaalissa koulussa. Samassa tutkimuksessa todettiin, että skitsofreniaan sairastuneet olivat 3 kertaa useammin jääneet luokalle 14-vuotiaana verrattuna niihin, jotka eivät olleet koskaan saaneet sairaalahoitoa mielenterveyshäiriöiden vuoksi. (Isohanni, et al., 1998.)

DeSocion (2004) laajassa kirjallisuuskatsauksessa tutkittiin lasten mielenterveyden ja koulumenestyksen välistä yhteyttä. Kirjallisuudesta löytyi yhteys koulumenestyksen ongelmien ja lasten ja nuorten mielenterveyden välillä. Huono akateeminen toiminta ja epäsäännöllinen koulun käynti näyttivät olevan merkkejä lapsuuden ja nuoruuden mielenterveysongelmiin. Kirjallisuuskatsaus korosti kouluterveydenhuollon merkitystä ja sen oikeanlaista suuntausta lasten mielenterveyden edistämiseen, sairauksien ehkäisyyn ja varhaiseen puuttamiseen. (DeSocio, 2004).

Freudenberg ja Ruglis havaitsivat yhdysvaltalaisessa tutkimuksessaan, että hyvä koulutus ennustaa hyvää terveyttä ja eroavaisuudet koulumenestyksessä ja terveydessä ovat vahvasti yhteydessä toisiinsa. Tästä huolimatta terveydenhuollon keinoin ei kuitenkaan juuri pystytty vähentämään koulupudokkaiden määrää, joka Yhdysvalloissa tarkoittaa lähes yhtä kolmasosaa mustista, latinalaisamerikkalaisista ja intiaani-alkuperäisistä opiskelijoista, jotka eivät valmistu ajoissa. Koulusta valmistuminen näyttäisi edistävän hyvää terveyttä. Tutkijat painottavatkin toimia, joiden avulla koulupudokkaiden määrä otetaan julkisen terveydenhuollon ongelmaksi, ja parannetaan koulusta valmistumislukuja Yhdysvalloissa. (Freudenberg & Ruglis, 2007).

Koulumenestyksen ja mielenterveyden yhteys on aiemmissa tutkimuksissa yleensä osoitettu olevan negatiivinen, eli huono koulumenestys on ennustanut mahdollista sairastumista.

Toisaalta on tehty myös päinvastaisia löydöksiä. Aikaisemmissa tutkimuksissa on vertailtu koulumenestystä jo sairastuneilla, mutta toisaalta on etsitty koulumenestyksen vaikutuksia myöhempään sairastuvuuteen. Tutkimuksissa painotetaan koulumenestyksen seuraamisen tärkeyttä ja puuttumista ongelmiin. Toisaalta painotetaan myös hyvin koulussa menestyvien huomionantia, sillä kaikki oireet eivät näy päällepäin, ja myös hyvin koulussa menestyvä oppilas voi sairastua.

2.5 Koulumenestyksen arviointi

Oppilaan arviointi perustuu voimassa olevaan lainsäädäntöön sekä muihin opetuksen järjestäjiä, kouluja ja opettajia sitoviin normeihin, kuten Perusopetuksen opetussuunnitelman perusteisiin (2004), jossa on määritelty oppilasarvioinnin yleiset periaatteet, ainekohtaiset päättöarvioinnin kriteerit ja niihin perustuvat hyvän osaamisen kuvaukset. Vuoden 2004 Perusopetuksen opetussuunnitelman perusteissa on oppiainekohtaisen hyvän osaamisen kuvausten ja päättöarvioinnin kriteerien lisäksi määräyksiä oppilaan arvioinnin yleisistä periaatteista.

Suomalaisessa peruskoulujärjestelmässä käytetään yleisesti arviointiasteikkoa 4–10. Suomen koulujärjestelmässä peruskoulun päättöarviointi tehdään peruskoulun 8–9. luokan perusteella ja tarkoituksena on arvioida numeroin oppiainekohtaisesti oppilaan tieto- ja taitotasoa perusopetuksen oppimäärän saavuttamisen suhteen. Kyseessä ei siis ole keskiarvo 8.-9. luokkien arvosanoista vaan päättöarvosana kuvastaa osaamista 8. – ja 9.-luokalla. Osaamisen arviointi perustuu yleisesti määriteltyihin ja paikallisesti tarkennettuihin tavoitteisiin eli päättöarvosana kuvaa oppilaan osaamista suhteessa yleisesti annettuihin tavoitteisiin. (Opetushallitus, 2004.)

Arviointikriteereissä on määritelty arvosana 8 eli hyvä, jolloin oppilas hallitsee keskimäärin oppiaineen kriteerit kuvaavaa osaamista. Tässä tavoitteisiin perustuvassa arvioinnissa oppilaita ei verrata toisiinsa kuten suhteellisessa arvioinnissa. Erityisopetuksessa olevan oppilaan tavoitteet määritellään aina yksilöllisesti käyttäen henkilökohtaisen opetuksen järjestämistä koskevaa suunnitelmaa (HOJKS). Kaikille oppilaille on annettava riittävän monipuolisesti mahdollisuuksia näyttää osaamistaan, tarvittaessa on järjestettävä uusinta- ja lisänäyttömahdollisuuksia parantuneesta osaamisesta. (Opetushallitus, 2004).

Arvosanan antaminen kuuluu opintojen aikaiseen arviointiin tai päättöarviointiin. Numeroarvosanalla kuvataan osaamista, ja sanallisella arvioinnilla oppilaan edistymistä ja oppimisprosessia. Osaamisen ja edistymisen arviointi pyritään erottamaan arvioinnissa toisistaan. Osaamista arvioidaan numeroarvosanalla ja edistymistä voidaan arvioida sanallisesti. Molemmat arviointitavat perustuvat opetussuunnitelmassa oppiaineittain määriteltyihin kuvauksiin oppilaan hyvästä osaamisesta opintojen nivel- tai päättövaiheessa. Oppilaan arviointi perustuu siis kansallisesti määriteltyihin taitotason kriteereihin ja oppilaan arviointi toteutetaan koko maassa samojen kriteerien pohjalta. (Vitikka 2009, s. 159.)

Perusopetuksen päättövaiheessa numeroin arvostellaan kaikki yhteiset oppiaineet, joita ovat äidinkieli ja kirjallisuus, toinen kotimainen kieli, ensimmäinen vieras kieli, matematiikka, fysiikka, kemia, biologia, maantieto, terveystieto, uskonto tai elämäkatsomustieto, historia, yhteiskuntaoppi, musiikki, kuvataide, käsityö, liikunta sekä kotitalous. Myös valinnaiset aineet, jotka muodostavat yhtenäisen, vähintään kahden vuosiviikkotunnin oppimäärän, arvioidaan numeroin. Päättöarvioinnin tehtävänä on määritellä, miten hyvin oppilas on opiskelun päättyessä saavuttanut kyseisessä oppiaineessa perusopetuksen oppimäärän tavoitteet. Päättöarvioinnin tulee olla valtakunnallisesti vertailukelpoista ja sen tulee kohdella oppilaita tasavertaisesti (Opetushallitus, 2004.)

Suomessa kaikille nuorille on tavoitteena tasa-arvoinen ja korkeatasoinen koulutus riippumatta heidän asuinpaikastaan ja sosiaalisesta asemastaan. Oppilaiden joukossa on kuitenkin erilaisia ryhmiä, joille ei välttämättä pystytä takaamaan riittävän hyvää koulutusta ja joiden syrjäytymisriski on suurempi. Näitä ovat esimerkiksi erilaisista oppimisvaikeuksista kärsivät oppilaat. On havaittu, että jos ongelmat tunnistetaan ajoissa ja erilaisista ongelmista kärsivät lapset tai nuoret saavat tarvitsemansa avun, pystyvät monet heistä pystyvät käymään koulua onnistuneesti muiden mukana. (Mustaparta & Nyysölä, 2004.)

Poikien ja tyttöjen oppimistuloksissa ja kouluarvosanoissa on havaittu eroja. Suurimmat erot ovat kieliaineissa, joissa tytöt suoriutuvat keskimäärin paremmin kuin pojat. Valinnoissa ja asenteissa on myös eroavaisuuksia. Lisäksi on havaittu, että tyttöjä ja poikia kohdellaan koulussa eri tavoin, ja heidän koulumenestystään saatetaan arvioida eri perusteilla. Toiselle asteelle siirryttäessä pojilla jakautuminen lukioon ja ammatillisiin oppilaitoksiin on melko tasainen. Puolet peruskoulun päättäneistä pojista jatkaa opintojaan lukiossa ja puolet siirtyy ammattiopintoihin. Tytöistä sen sijaan lukioon menee lähes kaksi kolmas-

osaa ja ammatillisiin opintoihin päätyy vain runsas neljäsosa peruskoulun päättäneistä. (Mustaparta & Nyysölä, 2004.)

Tyttöjen ja poikien eroihin koulumenestyksessä on kiinnitetty huomiota aikaisemmissa tutkimuksissa. Esimerkiksi PISA-tutkimuksissa on havaittu, että tytöt menestyvät poikia paremmin koulussa, kun on mitattu yleistä koulumenestystä (Huisman, 2004). On myös havaittu, että tytöt saavat koko kouluajan keskimäärin parempia arvosanoja kuin pojat. Pojat taas kuuluvat useammin heikommin suoriutuneiden joukkoon kuin tytöt kun vertaillaan oppimistuloksia kansallisesti. Pojilla on myös tyttöjä enemmän sekä oppimis- että tarkkaavaisuushäiriöitä (Lyytinen, 2004). Tytöt menestyvät keskimäärin poikia selvästi paremmin erityisesti äidinkielessä. Matematiikassa ja fysiikassa taas sukupuoliero menestyksessä on melko vähäinen, riippuen mittauksen kohteista, mittaustavasta ja luokkasteesta. Joissakin matemaattisissa testeissä pojat ovat menestyneet jopa tyttöjä paremmin. (Lahelma, 2009.)

Koulumenestystä mitataan arvioimalla oppilaiden oppimista eri oppiaineissa numeerisesti tai sanallisesti. Numeerinen arviointi on kansallisesti ja kansainvälisesti ollut perinteisesti se väline, jolla oppimistuloksia on voitu verrata toisiinsa. Peruskoulun päättötodistus annetaan yleensä 9-luokan keväällä. Arviointi tehdään erikseen eri oppiaineille ja lisäksi niistä lasketaan keskiarvo. Arvioinnin tulisi olla kaikille yhdenmukaista riippumatta koulusta tai asuinpaikasta, mutta tämä ei välttämättä kuitenkaan aina toteudu. Tieto peruskoulun päättötodistuksen arvosanoista on helposti saatavilla kaikilta peruskoulun päättäneiltä nuorilta. Näillä arvosanoilla hakeudutaan myös jatkokoulutukseen.

2.6 Koululaisten mielenterveyden ja hyvinvoinnin edistäminen

Mielenterveyden edistämistyötä kutsutaan preventiiviseksi työksi silloin kun ongelmia yritetään ehkäistä. Siinä vaiheessa, kun mitään ongelmia ei ole vielä ehtinyt edes syntyä, voidaan tehdä promotiivista työtä, joka tarkoittaa enemminkin mielenterveyden edistämistä. Koulussa mielenterveyden ja hyvinvoinnin kysymyksiä on mielekästä tarkastella juuri promotion kannalta, sillä koulun tulisi olla paikka, jossa otetaan huomioon lasten kokonaisvaltainen hyvinvointi.

Aikaisemmin hyvinvointia kouluissa on tutkittu lähinnä kouluterveydenhuollon kannalta. Nykyisin tutkimuskenttää on laajennettu kokonaisvaltaisemmaksi, jolloin terveyttä ei mää-

ritellä vain sairauden puuttumisena. Kouluhyvinvoinnin mittaamiseen on kehitelty tutkimusmalleja ja interventioita, joiden avulla voidaan mitata koulun olosuhteita, sosiaalisia suhteita, oppilaiden itsensä toteuttamisen mahdollisuuksia ja terveydentilaa. (Konu, 2002; Wyn, Cahill, Holdsworth, Rowling & Carson, 2000.)

Konun väitöskirjassa (2002) esiteltiin käsitteellinen koulun hyvinvointimalli, jossa hyvinvointi, kasvatus, opetus ja oppiminen on liitetty toisiinsa. Oppilaiden hyvinvointi ja jaksaminen koulussa ei ole vain koulusta johtuvaa, vaan myös oppilaiden kodit ja heitä ympäröivä yhteisö vaikuttavat siihen. Tämän mallin avulla voidaan arvioida hyvinvointia koulussa tai oppilasjoukossa. Konun tutkimuksen tulokset pohjautuivat laajaan Kouluterveyskyselyyn. (Konu, 2002.)

2.6.1 Kouluhyvinvoinnin kehittämishankkeita

Koululaisten terveyttä ja hyvinvointia on pyritty edistämään tähän mennessä erilaisten hankkeiden avulla. Hankkeet perustuvat aina laajempaan kokonaisuuteen, ja yksittäiseen oppilaaseen kohdistuvaa hyötyä on vaikea mitata. Näistä edistämishankkeista voidaan kuitenkin poimia keinoja ja menetelmiä, joita yksittäinen opettaja voi käyttää omien oppilaidensa kanssa. Laajasalo ja Pirkola (2012) esittelivät raportissaan mielenterveyden kehittämishankkeita, joita on käytetty kouluissa sekä valtakunnallisesti että kansainvälisesti. Vuorovaikutus- ja tunnetaitojen opettaminen on nähty tärkeäksi keinoksi kouluissa. Tutkimukset osoittavat, että oppilaiden sosioemotionaaliset taidot ovat olleet yhteydessä yleiseen kouluhyvinvointiin. Oppilaiden sosioemotionaalisten taitojen puute lisää psyykkisiä ja sosiaalisia ongelmia, päihteidenkäyttöä ja koulunkäynnin ongelmia, kuten koulu-uupumusta, koulukiusaamista ja kouluväkivaltaa.

Koulun rooli nousee vahvaksi mielenterveyden häiriöiden ehkäisytyössä, eli preventiossa, kun pyritään havaitsemaan ja ehkäisemään häiriöitä mahdollisimman aikaisessa vaiheessa. Koulussa voidaan tehdä myös promootiotyötä, eli mielenterveyden edistämistä. Mielenterveyden ja hyvinvoinnin edistämiseen kouluympäristössä on kuitenkin vielä kohtuullisen vähän työkaluja. Kouluissa toteuttavilla ohjelmilla, kuten KiVa-koulu, Friends ja Yhteispeleli-hankkeilla, on voitu tehokkaasti opettaa vuorovaikutus- ja tunnetaitoja sekä ehkäistä ongelmakäyttäytymistä (Laajasalo & Pirkola, 2012). Wyn ja kumppanit (2000) raportoivat australialaisesta MindMatters-hankkeesta, joka tarjoaa työkalun mielenterveyden edistämiseen koulussa ja lisää kodin ja koulun välistä sekä moniammatillista yhteistyötä. Greenberg

ja kumppanit korostavat taas koulutuksen ja tutkimuksen merkitystä. Vaikka koulujen mielenterveystyössä on käytetty laajoja terveydenedistämishankkeita, on tutkimustuloksia aiheesta melko vähän (Greenberg, et al., 2003.)

Esimerkkinä KiVa Koulu-kehittämishankkeesta on Pohjois-Karjalassa Juuassa toteutettu projekti vuosina 1996–2000. Tavoitteena oli yhden perusasteen koulu yhteisön terveyden ja hyvinvoinnin edistäminen. Yhteistoiminnallisuus oli tässä kehittämishankkeessa sekä tavoite, että menetelmä. Hankkeella arvioitiin olleen myönteisiä vaikutuksia muun muassa yhteishenkeen, kouluviihtyvyyteen, koulun ilmapiiriin ja terveystietoisuuteen. (Jakonen, et al., 2001). Koska tämä KiVa-koulu hanke oli vain yhdessä koulussa tehty laaja tapaustutkimus, ei tuloksia voida laajasti yleistää. Hankkeesta voidaan silti ottaa oppia käytännön koulutyössä.

Mieliala- ja ahdistuneisuushäiriöiden, päihdeongelmien ja käytöshäiriöiden ennaltaehkäisemiseen koululaisilla on kokeiltu erilaisia keinoja kansainvälisissä ja suomalaisissa koulujen mielenterveydenedistämisen kehittämishankkeissa. Vuorovaikutus- ja tunnetaitojen, eli sosioemotionaalisten taitojen harjoittelun on koettu olevan hyviä keinoja monien ongelmien käsittelyssä koulussa, ja näitä onkin sisällytetty moneen kehittämishankkeeseen. Tutkimustietoa näistä asioista kaivataan kuitenkin runsaasti lisää. (Laajasalo & Pirkola, 2012, 37–40.)

Green, Howes, Waters, Maher ja Oberklaid (2005) tekivät katsauksen erilaisten kouluikäisten lasten ja nuorten hyvinvointia edistävien interventioiden vaikuttavuudesta. Heidän katsauksensa perustui yli kolmeensataan alkuperäistutkimukseen, joista suurin osa oli kouluun liittyviä. Heidän katsaustutkimuksensa mukaan paras tehokkuus saadaan, kun keskitytään mielenterveyden edistämiseen, kuten itsetunnon ja selviytymiskeinojen kehittämiseen kouluilmapiirissä, verrattuna siihen että pyritäisiin varsinaisesti suoraan ehkäisemään mielenterveysongelmia. Katsauksen perusteella huolella suunnitellut tutkimukset ovat avainasemassa, kun pyritään kehittämään lasten ja nuorten mielenterveystyötä.

Pirkanmaalla toteutettiin 2000-luvun alussa kehittämisprojekti seitsemässä koulussa osana Pirkanmaan mielenterveystyön hanketta. Tavoitteena oli edistää koululaisten mielenterveyttä. Tavoitteisiin pyrittiin koulun hyvinvointiprofiilia apuna käyttäen. Hankkeen tavoitteena oli kiinnittää huomiota hyvinvoinnin lisäämiseen ja erityisesti koulupoissaoloihin puuttumiseen. Hyvinvointiprofiilien perusteella projektikoulut kehittivät korjaavia toimenpiteitä ja varhaisen auttamisen malleja ongelmakohtiin. Työskentely edellytti yksilö-,

luokka-, ja yhteisötason toimenpiteitä, sekä koulun ja kodin välistä yhteistyötä. Selvät pelisäännöt edistivät yhteistyötä. Projektin aikana havaittiin, että erityisesti systemaattinen poissaolojen seuranta ja niihin puuttuminen sekä koko koulun hyvinvoinnin säännöllinen arviointi ovat apukeinoja, joilla voidaan edistää mielenterveyttä ja ehkäistä syrjäytymistä. (Konu & Gråsten-Salonen, 2004.)

Lapsi tai nuori ei välttämättä itse tunnista ongelmia tai avun tarvetta. Koulussa terveydenhoitaja ja koululääkäri ovat ne henkilöt, joiden tehtävänä on ohjata esimerkiksi masentunut nuori hoitoon. He toimivat kuitenkin yhteistyössä vanhempien ja opettajan kanssa. Poissaolojen seuranta on selkeä työkalu opettajalle, jotta lapsi voidaan ohjata tarvittaessa hoidon piiriin. (Jakonen, 2006.) Erityisesti lääketieteellisissä tutkimuksissa on toivottu moniammatillista yhteistyötä ja koulun lisäävän omaa rooliaan lasten ja nuorten mielenterveyshäiriöiden varhaisessa havaitsemisessa. Jotta koulu ja opettaja voi toimia oikein, on löydettävä selkeitä työkaluja, joiden avulla tätä ennakoivaa työtä voidaan tehdä. Mielekkäimmät keinot ovat pedagogisia menetelmiä, joita opettaja käyttää muutenkin kasvatuksellisessa työssään. Esimerkki hyvästä keinosta on varhainen puuttuminen koulupoissaoloihin.

2.6.2 Opettaja lapsen ja nuoren mielenterveyden edistäjänä

Koska opettaja on läsnä useita tunteja päivässä oppilaan arjessa, oppii hän tuntemaan oppilaansa hyvin. Opettaja on usein se aikuinen, jonka kanssa oppilaat viettävät eniten aikaa (Headley & Campbell, 2011; Rothi, Leavey & Best, 2008). Opettaja voi olla joissakin tapauksissa läsnä lapsen arkipäivässä lähes yhtä paljon tai jopa enemmän kuin omat vanhemmat, puhumattakaan kouluterveydenhoitajasta, -lääkäristä tai -psykologista. Opettajien on sitä paitsi havaittu huomaavan selvästi enemmän oppilaiden oppimisvaikeuksia ja kiusaamisongelmia kuin esimerkiksi vanhempien (Salonen et al., 2004). Opettajalla voisi olla hyvät mahdollisuudet tarkkailla oppilaan jaksamista ja henkistä vointia samalla kuin tekee omaa työtään, eli kasvattaa ja opettaa. Aalto-Setälä ja Marttunen (2007) korostavatkin nuoruusiän mielenterveyden häiriöiden ja kehityksen pysähtymisen varhaista tunnistamista. Riittävän aikainen puuttuminen on tärkeää, jotta nuori saa mahdollisuuden hänelle sopiviin elämänvalintoihin ja pystyy käymään läpi iänmukaiset kehitystehtävänsä. Nuorten ongelmien selvittelyssä joustava ja moniammatillinen yhteistyö eri tahojen välillä on tärkeää.

Lapsen ja nuoren normaalin kehityksen tunteminen on tärkeää, kun tunnistetaan poikkeavaa käytöstä. Rickwood (2005) korostaa, että koska opettajien hyvä tuntemus lapsen ja

nuoren normaalista kehityksestä antaa heille vanhempia paremmat mahdollisuudet havaita myös kehityksen ja käyttäytymisen häiriöitä. Rickwoodin mukaan koulu voi olla paikka, jossa voidaan havaita myös mielenterveyden ongelmia. Tämä tapahtuu kuitenkin yhteistyössä muiden tahojen kanssa. Headley (2011) tutki peruskoulun opettajien mahdollisuutta tunnistaa lasten ahdistuneisuusoireita. Kyselytutkimus tehtiin kolmellesadalle peruskoulun opettajalle. Hän havaitsi, että opettajien oli helppo tunnistaa vaikeita ahdistuneisuusoireita, mutta lievät oireet jäivät helposti havaitsematta. Tässä tutkimuksessa naisopettajien havaittiin tunnistavan miesopettajia helpommin lasten ahdistuneisuusoireita.

Opettajilla on tärkeä rooli lasten mielenterveyshäiriöiden tunnistamisessa, ja he voivat toimia yhteistyössä terveydenhoidon ammattilaisten kanssa (Loades & Mastroyannopoulou, 2010). Myös pohjoissuomalaisessa katsausartikkelissa todettiin opettajan arvion ennustavan hyvin lapsen myöhempää mielenterveyttä. Tutkijat näkivät opettajien ja vanhempien havainnot tärkeänä lisänä lapsilta saatuun tietoon, vaikka mielenterveyden häiriöiden oireiden tunnistaminen voi olla opettajille joskus vaikeaa. Tutkijat korostivat koulutuksen merkitystä opettajan tietouden lisäämisessä, koska opettajat eivät välttämättä osaa toimia ongelmia havaitessaan. (Honkanen, Moilanen, Taanila, Hurtig & Koivumaa-Honkanen, 2010.)

Moorin ja kollegoiden (2007) tutkimuksessa selvitettiin opettajien keinoja nuorten masennuksen havaitsemisessa. Tutkimuksessa skotlantilaisia yläasteiden opettajia koulutettiin käyttämään lääketieteellisiä arviointimittareita oppilaan mielenterveysoireiden havainnoinnissa. Tarkoituksena oli lisätä opettajien tietoisuutta masennuksesta ja sen tunnistamisesta. Tässä tutkimuksessa mittareiden käytöllä ei kuitenkaan ollut lisäapua. Joka tapauksessa, koulutuksesta riippumatta opettajat tunnistivat noin puolet masentuneista oppilaista. Tunnistaminen vaihteli opettajien välillä. Tutkijat painottivat kuitenkin opettajan merkitystä masennuksen oireiden havainnoinnissa ja nuoren ohjaamisessa hoidon piiriin. Honkasen ja kumppaneiden (2011) artikkelissa tutkittiin laajassa pohjoissuomalaisessa kohortissa opettajien arvioinnin merkitystä lapsen myöhempään mielenterveyteen. Tutkimustiedot kerättiin erilaisten kyselyiden avulla lapsilta, vanhemmilta ja opettajilta. Tutkimuksessa havaittiin myös, että opettajan havainnot 8-vuotiaasta lapsesta ennustivat lapsen myöhempää elämäntyytyväisyyttä 15-vuotiaana. (Honkanen, et al., 2011.)

Hovila (2004) havaitsi väitöskirjatutkimuksessaan, että opettajan ja oppilaan kohtaamisella on tärkeä rooli koulun kasvatustehtävässä ja yksilön identiteetin kasvussa. Opettajalla on

oltava ammattitaitoa ja aikaa, mikäli näitä asioita pidetään tärkeinä. Piispanen (2008) toteaa, että yksilön turvallisuuden tunne vaikuttaa siihen, miten hän suhtautuu kehittämiseen ja kouluttautumiseen. Ulkoapäin tulevaa pakollisuutta koetaan epävarmuutta ja vastustusta. Toisaalta koulutus ja kehittäminen voidaan nähdä oman työn kehittämisenä ja voimavarana. Tällöin uudistuksiin suhtaudutaan myönteisesti. Muutokset koulutyössä ja opetuksessa näkyvät opettajan työssä. Monesti muutokset koetaan lisätaakkana, vaikka muutos voidaan nähdä välttämättömänä kehityksen kannalta. Uusikylä (2006) kuvaa opettajan valmiutta muutoksille. Hyvä opettaja ei ole kaikkea uutta vastustava, mutta harkitsee itse, mikä on oleellista ja tärkeää. (Uusikylä, 2006a, s. 70–71).

Rothi ja kumppanit (2008) huomauttavat perinteisen opettajan roolin muuttumisesta. Opettaja ei ole enää vain kasvattaja ja opettaja, vaan joutuu kasvatustyössään huolehtimaan monenlaisista asioista. Opettajat kantavat huolta oppilaidensa pärjäämisestä ja ongelmista. Kuitenkin he pelkäävät, että eivät välttämättä pysty auttamaan, ja ovat huolestuneita omasta lisääntyvästä työtaakastaan. Opettajan koulutuksen kehittäminen ja mielenterveystyön lisääminen kouluihin sekä konsultaatiomahdollisuudet eri yhteistyötahojen kanssa nähdään tärkeäksi.

Nuorten syrjäytymiseen on esitetty monia kouluun liittyviä tai koulusta johtuvia syitä. Syrjäytymisen ennaltaehkäisemisessä nähdään koululla olevan suuri merkitys. Koulu voi tukea vaikeuksissa olevaa lasta omilla keinoillaan, joita ovat esimerkiksi oppilaiden hyvinvoinnin ja myönteisen kouluilmapiirin lisääminen. Opettajien ammatillisen kehityksen vahvistaminen ja opettajan koulutuksen sisältöjen kehittäminen nähdään myös tärkeinä keinoina. (Launonen & Pulkkinen, 2004.)

Hamilton-Roberts (2012) tutki psykologian väitöskirjatyössään kyselytutkimuksen avulla 217 walesilaisen opettajan halukkuutta tunnistaa oppilaiden mielenterveysongelmia. Tutkimuksessa havaittiin, että opettajan ikä, kokemus ja asenne vaikuttivat vahvasti opettajan halukkuuteen. Tutkimuksessa ehdotetaan että opettajien tietoisuutta mielenterveysongelmista tulisi tukea esimerkiksi lisäkoulutuksen avulla. Suomalaisessa opettajan koulutuksessa erityispedagogiikkaa ja psykologiaa on pakollisina opintoina kuitenkin nykyisin melko vähän. Riippuu paljon opettajan omasta halukkuudesta ja kiinnostuksen kohteista, minkälaisia vapaavalintaisia kursseja hän haluaa tutkintoonsa sisällyttää.

Opettajalla on vastuu oppilaan oppimisesta ja kasvatuksesta. Opetusvastuun piiriin kuuluvat asiat on määritelty opetussuunnitelmassa (Opetussuunnitelman perusteet, 2004). Kas-

vastuu lapsesta jakautuu koulun ja kodin välille. Opettaja ja vanhemmat toimivat siis yhteistyössä lapsen kasvattajina. Vaikka opettajan työhön ei kuulu hoitavaa roolia, tulee oppiminen mahdollistaa mielenterveyden häiriöstä huolimatta (Kaltiala-Heino et al., 2010). Myös Poutala (2010) kirjoittaa opettajan vastuusta ja velvollisuuksista. Jotta opettaja voisi toimia kaikin tavoin oppilaan parhaaksi, tulisi hänen voida saada tietoonsa oppilasta koskevia asioita esimerkiksi oppilaan terveydestä. Opettaja tekee työtä persoonallaan, mutta opettajuus on myös ammattirooli. Opettaja edustaa siis viranomaistahoa, jolla on tiettyjä oikeuksia ja velvollisuuksia. (Savolainen, 2010.) Opettaja on vastuussa oppilaista ja kasvatustavustuissa huoltajien kanssa. Opettaja on myös vastuussa siitä mitä koululuokassa koulupäivän aikana tapahtuu.

Opettajan päätehtävä koulussa on opetus- ja kasvatustyö. Opettaja voi kuitenkin oman perustehtävänsä ohella edistää lapsen ja nuoren terveyttä ja hyvinvointia. Monet psyykkiset ongelmat näkyvät koulun arjessa joko oppimisvaikeuksina tai muuten. Opettajien tietämystä mielenterveysasioista voidaan tukea moniammatillisesti. Heidän koulutukseensa voidaan lisätä sisältöjä ja opettajien jo olemassa olevaa tietämystä voidaan tukea. Ajatus siitä, että opettaja toimisi lapsen psyykkisen hyvinvoinnin havainnoitsijana, voi aiheuttaa vastustusta. Opettajan työtaakka voi olla jo valmiiksi ylitsevuotava, eikä jaksamista uuteen toimintamalliin välttämättä löydy. Kysymys ei aina ehkä kuitenkaan ole lisätyöstä. Opettaja saattaa huomata oman työnsä, opettamisen, ohella asioita, joiden jatkokäsittely tai eteenpäin vieminen olisi ensiarvoisen tärkeää lapsen hyvinvoinnin kannalta.

2.6.3 Moniammatillinen yhteistyö

Opettajan työtä on perinteisesti pidetty melko itsenäisenä ja jopa eristäytyneenä. Opettajan yhteistyötä toisen opettajan kanssa kouluyhteisön sisällä saattaa vaikeuttaa esimerkiksi yhteisen kollegiaalisen kielen ja ammatillisen terminologian puuttuminen. Toisaalta yhteistyöstä on koettu olevan myös monia hyötyjä. Monet koulun haasteet vaativat entistä lähempää yhteistyötä. (Sahlberg, 1998, s. 130–135.) Aho (1998) kirjoittaakin koulun olevan oppimispaikka myös opettajalle. Koulun kehitys vaatii sen opettajien kehittymistä. Tämän edellytyksenä kouluyhteisön tulee huolehtia siitä, että koulu voi olla paras mahdollinen kasvu- ja kehityspaikka lapselle. Tähän vaaditaan usean tahon, kuten vanhempien, koulun johdon, opettajien ja oppilaiden keskinäistä yhteistyötä.

Opetus on mitä suurimmassa määrin vuorovaikutustapahtuma opettajan ja oppilaan välillä, mutta siihen vaikuttavat myös monet koulun ulkopuoliset tekijät. Opettajalta edellytetään yhteistoiminnallisuutta ja taitoja reflektoida vallitsevia ja myös vaihtoehtoisia käytänteitä työssään. Opettajalta odotetaan hyvin moninaisia tietoja ja taitoja, jotta kasvatukselliset ja pedagogiset tehtävät onnistuvat. (Aho, 1998, s. 14–23.) Koulussa sosiaalisia ja terveydellisiä ongelmia ratkomaan on perustettu moniammatillisia oppilashuoltoryhmiä. Oppilashuollon tavoitteena on oppilaan psyykkisen, fyysisen ja sosiaalisen hyvinvoinnin tukeminen. Oppilashuolto on kirjattu opetussuunnitelmaan. Se on lakisääteinen ja sisältää määräykset lapsen ja nuoren oppimisen perusedellytyksistä. Siihen kuuluu kouluterveydenhuolto, mutta myös lastensuojelulain mukainen kasvatuksen tukeminen. Oppilashuolto toimii yhdessä sosiaali- ja terveydenhuollon kanssa. Opetukseen sisältyy kokonaisvaltainen hyvinvointi, turvallisuuden edistäminen ja huolenpito, joka toteutetaan yhteistyössä. Oppilashuolto kuuluu kaikille koulussa työskenteleville viranomaisille. (Ikonen & Virtanen, 2007b.)

Oppilashuollon tehtävänä on varmistaa kaikille tasavertaiset oppimisen mahdollisuudet. Oppilashuolto ei kuitenkaan sulje pois sitä tosiasiaa, että kasvatustavastuu lapsista kuuluu kaikille kouluyhteisössä työskenteleville. Oppilashuolto on perinteisesti toiminut enemmän korjaavasti, kuin ennaltaehkäisevästi. Oppilashuollon ennaltaehkäisevää työtä olisikin jatkossa syytä kehittää. (Jakonen, 2006.) Tiedonkulku moniammatillisessa työssä saattaa muodostua ongelmaksi, jos tietoja oppilaasta ei haluta syystä tai toisesta jakaa opettajalle. Vanhempien suostumus tarvitaan, ja jos sitä ei ole, eivät tiedot terveydenhuollosta tai sosiaalihuollosta voi välittyä opettajalle. Opettajalle on toisaalta kuitenkin säädetty velvollisuus muun muassa lastensuojeluilmoituksen tekemisestä. Opettajan salassapitovelvollisuudesta säädetään perusopetuslaissa ja terveydenhuollon ammattilaisten salassapitovelvollisuudesta potilaslaissa. Lakiasetukset saattavat välillä muodostua ongelmaksi ja hidasteeksi moniammatilliselle tiedonvaihdolle, joskin ne uudistuvat pikkuhiljaa. Kaikkien osapuolien, kuten esimerkiksi koulun ja terveydenhuollon kannalta olisi parasta, jos tiedonvaihto onnistuisi tarvittaessa. (Poutala, 2010, s. 244–251.)

Opettajan on huomioitava opetuksessa erityistä tukea tarvitsevat oppilaat. Tähän hänellä on yleensä saatavilla tukea. Kaikki psyykinen oirehdinta ei kuitenkaan välttämättä näy oppimisvaikeuksina, eikä kuulu erityisen tuen piiriin. Joihinkin psyykkisiin ongelmiin kuten ahdistuneisuus- ja käytöshäiriöihin liittyy usein oppimisvaikeuksia, mutta kaikki mielen-terveyden ongelmat eivät välttämättä ilmene oppimisvaikeuksina. Opettajalta vaaditaan myös myös silmää myös sellaiselle oirehdinnalle, mikä ei vaikuta ainakaan välittömästi op-

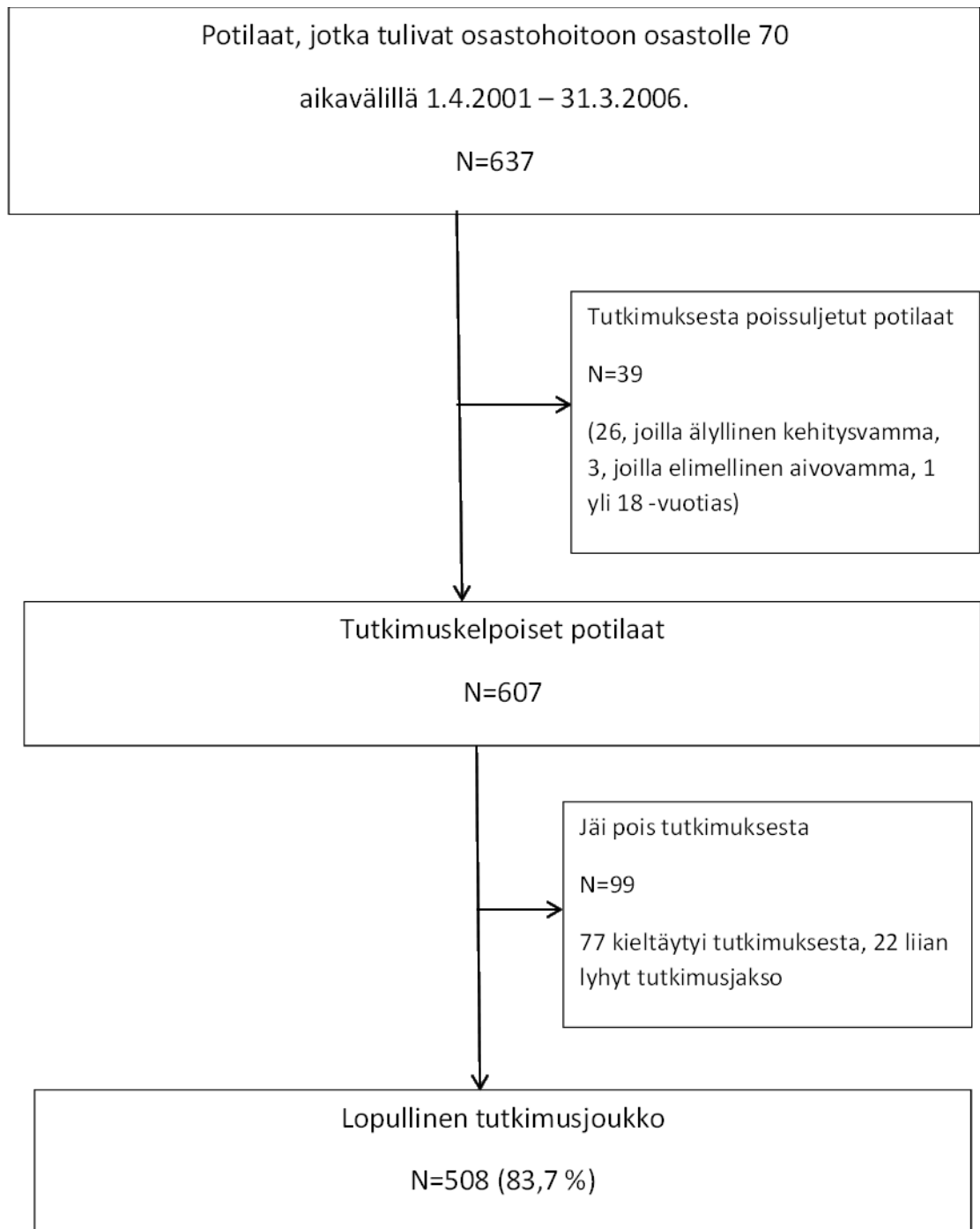
pimiseen. Moniammatillinen yhteistyö auttaa opettajaa huomioimaan myös tukea tarvitsevat oppilaat, ja se voi toimia parhaimmillaan siltana myös koulun ja terveydenhuollon välillä.

3 Aineisto ja menetelmät

Tämä tutkimus on osa Oulun yliopiston ja Oulun yliopistollisen sairaalan Study-70 projektia, jonka tarkoituksena on selvittää psykososiaalisten riskitekijöiden ja vaikean psyykkisen sairastavuuden välistä yhteyttä kliinisen seurantatutkimuksen avulla. Aineisto kerättiin viiden vuoden aikana toukokuusta 2001 maaliskuuhun 2006 Oulun yliopistollisen sairaalan Psykiatrian klinikassa. Osaston 70 keruualue kattaa Oulun ja Lapin läänit. Tämän alueen kaikki nuorten akuuttia osastohoitoa vaativa hoito on keskitetty osastolle 70. Aineiston potilaista 71 % oli Oulun läänistä (22 % Oulun kaupungin (2006) alueelta), 20 % Lapin läänistä ja 9 % muualta Suomesta.

Aineisto koostuu 12–17-vuotiaista potilaista, joita hoidettiin nuorisopsykiatrisella akuutti-osastolla 70 ensimmäistä kertaa tuon ajanjakson aikana. Potilaita oli yhteensä 637, joista 30 suljettiin tutkimuksen ulkopuolelle kehitysvamman, elimellisen aivovamman tai yli 18 vuoden iän vuoksi. Osastolla tuona aikana hoidetuista tutkimuskelpoisista potilaista (n=607) osallistui tutkimukseen 508, eli 83,7 %. Potilaista 208 oli poikia ja 300 tyttöjä. Kuviossa 1 esitetään aineistonkeruun kriteerit.

Tutkimuksella (Study-70) on Oulun yliopiston lääketieteellisen tiedekunnan eettisen toimikunnan tutkimuslupa 11.4.2001. Lupa kattaa tutkimusaineiston keruun 10 vuodelta, ja se kattaa myös aineistosta tehtävät opinnäytetyöt. Tutkittavia informoitiin tutkimuksesta hoitojakson aikana, ja tarvittavat tutkimusluvut pyydettiin potilailta ja vanhemmilta. Tutkimus tai tutkimuksesta kieltäytyminen ei vaikuttanut potilaiden hoitoon millään tavalla. Tutkimusaineistosta ei pysty tunnistamaan yksilöitä, koska henkilötunnukset ja nimet on korvattu numeroilla. Yksittäiset henkilöt eivät myöskään ole tunnistettavissa tutkimustuloksista.



Kuvio 1. Aineistonkeruuproseduuri Study-70-tutkimuksessa. (Luukkonen, 2010).

3.1 Aineistonkeruumenetelmät

Tutkimuksen aineistonkeruu perustuu standardisoituihin potilashaastatteluihin, joilla kerättyjä tietoja käytettiin tutkimustarkoituksen lisäksi osana potilaan hoitoa auttamassa hoitavan lääkärin kliinisiä hoitopäätöksiä. Osastohoidon aikana nuorille tehtiin puolistrukturoitu haastattelu: Schedule for Affective Disorder and Schizophrenia for School-Age Children, Present and Lifetime (K-SADS-PL). Diagnostinen haastattelu on suunniteltu nykyisten ja aiempien psykopatologisten tilojen havainnointiin DSM-III-R ja DSM-IV -diagnoosiluokitusten kriteerien mukaisesti (American Psychiatric Association, 1987; American Psychiatric Association, 1994). Haastattelu on aiemmissa tutkimuksissa osoitettu luotettavaksi työkaluksi nuorten psykiatristen häiriöiden diagnosoinnissa (Ambrosini, 2000; Kaufman et al., 1997).

K-SADS-PL-haastattelun nuorille teki joko hoitava lääkäri tai hänen valvonnassaan toiminut asiaan koulutettu lääketieteen opiskelija. Haastattelun avulla annettiin potilaille DSM-IV diagnoosit sekä näiden perusteella vastaavat ICD-10 -tautiluokituksen diagnoosikoodit. Mikäli potilashaastattelun jälkeen jotkin tiedot jäivät epävarmoiksi, haastattelua täydennettiin haastattelemalla potilaiden vanhempia. (Luukkonen et al., 2010). Tiedot perustuvat siis sekä potilaiden haastattelussa antamiin tietoihin että haastattelijan tekemiin arviointeihin diagnostisen haastattelun perusteella (Ilomäki, Räsänen, Viilo, Hakko & Study-70 Workgroup, 2007). Psykiatrisen diagnostiikan lisäksi K-SADS-PL kaavaketta käyttämällä saatiin potilaista paljon muutakin tietoa.

Nuorille tehtiin myös European Addiction Severity Index (EuropASI) strukturoitu haastattelu. Osaston hoitajat (potilaan omahoitaja) suorittivat haastattelemisen. EuropASI sisältää potilaan perustietojen lisäksi kysymyksiä, jotka koskevat seuraavia elämäntapahtumia tai ongelmia: fyysinen terveys, työ ja toimeentulo, laitton tai rikollinen toiminta, perhe ja sosiaaliset suhteet, psyykkiset oireet sekä huumeiden ja alkoholin käyttö (Kokkevi & Hartgers, 1995).

Potilaiden peruskoulun päättötodistusten arvosanatiedot saatiin opetusministeriöltä tilattujen peruskoulun päättötodistuksen arvosanatiedoista. Vertailupopulaationa käytetyt vuoden 2006 koko Suomen peruskoulunpäättötodistusten arvosanatiedot saatiin luokiteltuina Opetus- ja kulttuuriministeriön lapsi-indikaattoritaulukoista (Opetus- ja kulttuuriministeriö, 2015).

3.2 Muuttujat

Haastattelut tehtiin joko puolistrukturoidusti (K-SADS-PL) tai strukturoidusti (EuropASI). Haastattelun tulokset kirjattiin ylös potilaan omaan tutkimuskansioon, jonka jälkeen tiedot kirjattiin SPSS-ohjelmaan luodulle tiedonkeruualustalle koulutetun lääketieteen opiskelijan toimesta. Joitakin tietoja (esim. koulukiusaaminen) poimittiin jälkikäteen tutkijan toimesta. Tutkimusaineisto, joka on käytössä tätä tutkimusta varten, on kvantitatiivisen datan muodossa.

Taustatiedot

Sairaalahoidossa olleiden nuorten taustatiedot, kuten ikä, sukupuoli ja lapsen kotiympäristö poimittiin K-SADS-PL-haastatteluista. Lapsen kotiympäristö: biologinen äiti, biologinen isä, äitipuoli, isäpuoli, sijaiskoti-/kasvatusvanhemmat, sisarukset, isovanhemmat, muut sukulaiset, muut kuin sukulaiset, lastenkoti/perheryhmäkoti, muu. Tästä tiedosta muodostettiin muuttuja, perhetyyppi: molemmat biologiset vanhemmat, yksi biologinen vanhempi, muu (Luukkonen, 2010).

Nykyinen asuinalue ja äidin ja isän työtilanne saatiin EuropASI -haastatteluista. Nykyinen asuinalue oli valmiiksi luokiteltu: Suurkaupunki (yli 100 000 as.), keskikokoinen kaupunki (10 000-100 000 as.), pikkukaupunki/maaseutu (alle 10 000 as.).

Äidin ja isän työllisyystilanne (työtön/työssä) saatiin EuropASI -haastattelun kysymyksistä. Äidin /isän pääasiallinen työtilanne kolmen viime vuoden aikana: kokopäivätyö, osapäivätyö, epäsäännöllinen osa-aikatyö, opiskelu, armeijapalvelus, eläke, työttömyys (sis. kotiäidit/koti-isät, hoitolaitos/sairaala/vankila).

Psykiatriset diagnoosiluokat

DSM-IV-psykiatrisen tautiluokituksen mukaiset diagnoosit saatiin käyttämällä K-SADS-PL- haastattelua. Diagnoosit luokiteltiin viiteen pääluokkaan: mielialahäiriöt, ahdistuneisuushäiriöt, psykoosit, käytöshäiriöt, päihdehäiriöt ja muut psykiatriset häiriöt. Diagnoosit validoitiin, eli varmennettiin jälkikäteen kahden kokeneen nuorisopsykiatrin toimesta. (Luukkonen, 2010.) Validoinnissa potilaiden sairauskertomukset käydään läpi ja varmistetaan, että diagnostiset kriteerit täyttyvät. Taulukossa 1 on esitelty eri diagnoosiryhmien jakaumat aineistossa.

Taulukko 1. Sairaalassa hoidettujen nuorten psykiatriset päädiagnoosit luokittain tytöillä ja pojilla.

| Psykiatrinen sairausryhmä | N (%) | N (%) (pojat/tytöt) |
|---------------------------|------------|-----------------------------------|
| Mielialahäiriöt | 237 (46,6) | 72 (34,5) pojat, 165 (55,0) tytöt |
| Ahdistuneisuushäiriöt | 37 (7,3) | 11 (5,3) pojat, 26 (8,7) tytöt |
| Psykoosit | 70 (13,8) | 30 (14,4) pojat, 40 (13,3) tytöt |
| Käytöshäiriöt | 130 (25,6) | 83 (39,4) pojat, 47 (15,7) tytöt |
| Päihdehäiriöt | 16 (3,1) | 8 (3,8) pojat, 8 (2,7) tytöt |
| Muu psykiatrinen häiriö | 18 (3,5) | 4 (1,9) pojat, 14 (4,7) tytöt |

Mielialahäiriöiden ryhmään kuuluvat vakavat masennukset. Ahdistuneisuushäiriöiden ryhmään kuuluvat paniikkihäiriö, yleistynyt ahdistuneisuushäiriö, erilaiset pelkotilat, pakko-oireinen häiriö ja posttraumaattinen stressihäiriö. Psykoosien ryhmään kuuluvat skitsofrenia ja muut psykoosit. Käytöshäiriöiden ryhmään kuuluvat käytöshäiriöiden lisäksi uhmakkuushäiriö ja ADHD. Päihdehäiriöiden ryhmään kuuluvat alkoholin ja muiden päihteiden väärinkäyttö- ja riippuvuusoireyhtymät. Muiden psykiatristen häiriöiden ryhmään kuuluvat mm. kaksisuuntainen mielialahäiriö, syömishäiriö ja sopeutumishäiriöt. (Luukkonen, 2010.)

Koulutausta

Potilaiden koulutaustatiedot saatiin EuropAsi -haastattelusta. Potilailta kysyttiin seuraavat kysymykset:

- Oletko jäänyt joskus luokalle?
- Onko sinut siirretty ESY-opetukseen (tarkkis)?
- Onko sinulla ollut oppimisvaikeuksia?
- Oletko saanut erityisopetusta?
- Onko sinut siirretty mukautettuun opetukseen?

Kysymyksiin vastattiin kyllä/ei -vastauksin. Lisäksi oppilaista kysyttiin peruskoulun päätötodistuksen tai viimeksi suoritetun luokan kevättodistuksen keskiarvo, joka kirjattiin numeerisesti yhden desimaalin tarkkuudella.

Koulutaustatietoja saatiin myös K-SADS-PL -haastattelun avulla kohdasta ”Kouluun sopeutuminen ja sosiaaliset suhteet”. Lapselta kysyttiin oliko opettaja joskus mahdollisesti valittanut oppilaan käytöksestä, mahdollisesta koulusta erottamisista, jälki-istunnoista, kiusaamisesta ja kiusatuksi tulemisesta. Haastattelijan (lääkäri tai koulutettu lääketieteen opiskelija) kirjaamista tiedoista muodostettiin kyllä/ei -luokitellut muuttujat. (Luukkonen, 2010.)

Peruskoulun päättötodistusten arvosanatiedot

Yhteisvalintatiedot tilattiin vuosilta 1999 alkaen 2007 asti. Sairaalassa hoidettujen nuorten koulumenestyksen arvioinnissa käytettiin opetusministeriöltä tilattuja peruskoulun päättötodistuksen arvosanatietoja sekä näistä laskettuja keskiarvoja. Osassa analyyseistä käsiteltiin yksittäisten oppiaineiden arvosanoja, mutta osaa analyysejä varten aineet luokiteltiin uusiksi muuttujiksi. Matemaattisten aineiden keskiarvo laskettiin matematiikan, fysiikan ja kemian arvosanojen mukaan, kielten keskiarvo äidinkielen, englannin ja ruotsin arvosanojen mukaan ja taideaineiden keskiarvo laskettiin kuvataiteen, musiikin ja käsityön arvosanojen mukaan.

Peruskoulun päättötodistuksen arvosanoja verrattiin myös vertailupopulaatioon, eli vuoden 2006 koko Suomen peruskoulun päättötodistuksiin. Arvosanatiedot saatiin Opetus- ja kulttuuriministeriöltä. Väestötason keskiarvotiedot oli saatavilla luokiteltuina, niin että kaikkien aineiden keskiarvo ja lukuaineiden keskiarvo oli luokiteltu: <6,99; 7–7,99; 8–8,99 ja >9. (Opetus- ja kulttuuriministeriö, 2015.)

3.3 Tutkimusmenetelmät

Tutkimusaineistoni on luonteeltaan luokiteltua tai määrällistä kvantitatiivista tietoa, ja se asetetaan aineiston käsittelylle omat ehtonsa. Tutkimushaastattelut olivat puolistrukturoituja ja vastaukset kirjattiin valmiisiin lomakkeisiin sopiviin kohtiin. Lomakkeissa olleet avoimet kysymykset olivat haastattelijan tukena, eikä vastauksia nauhoitettu, vaan tiedonkeruu perustuu haastattelijan kirjaamiin tietoihin. Kvantitatiivista tutkimusotetta on perinteisesti totuttu käyttämään lääketieteessä, hoitotieteessä tai psykologiassa, mutta sitä voidaan hyvin soveltaa myös muihin ihmistieteisiin kuten kasvatustieteeseen (Metsämuuronen, 2003, s. 4). Koska tämä tutkimus sijoittuu lääketieteen ja kasvatustieteen alueille, on kvantitatiivinen tutkimusote soveltuva.

Metsämuuronen (2003) toteaa, että ihmistieteellisissä tutkimuksissa kohteena on ihmisen laajasti. Omat haasteensa tutkimuksella tuo nimenomaan se, että tutkimuskohteena ovat ihmiset. Tässä tutkimuksessani ihmistä tutkitaan sekä lääketieteen (psykiatria) että kasvatustieteen näkökulmasta. Mikään tieteenala ei olekaan irrallisena, vaan näkökulmia on hyvä ottaa mukaan muista lähitieteistä. Ihmistieteellisessä tutkimuksessa sovelletaan samoja metodologisia keinoja kuin muissakin tieteissä. Tilastotiedettä hyödynnetään menetelmätieteenä tarkoituksena saada empiiristä tietoa tutkittavasta ilmiöstä. Tilastollisten menetelmien avulla pyritään löytämään tutkittavan ilmiön systemaattiset mutta toisaalta satunnaiset tekijät. Myös tutkimuksen luotettavuuden tarkastelu on olennaista ihmistieteissä. (Metsämuuronen, 2003, s. 5). Havaintoaineistosta edetään tilastollisiin johtopäätöksiin tilastollisen päättelyn avulla. Tilastollinen päättely antaa tutkimusaineistosta informaatiota, mutta ei suoria vastauksia (Ketokivi, 2011, s. 5, 121).

Ihmistieteissä esimerkiksi sukupuoli on monesti tekijä, joka vaikuttaa tutkimustuloksiin. Kategorisoivan muuttujan vaikutus voidaan ottaa huomioon tutkimuksessa jakamalla tutkimusaineisto kahteen osaan. Toinen tapa on käyttää moniryhmä- tai monimuuttujamallinusta. Regressioanalyysissä on mahdollista ottaa kerralla huomioon useita tutkittavaan ilmiöön vaikuttavia tekijöitä (Ketokivi, 2011, s. 114–121.)

Tutkimushaastattelujen kysymyksistä muodostettiin muuttujia, jotka olivat joko luokiteltuja tai jatkuvia. Jatkuvalla muuttujalla tarkoitetaan järjestysasteikollista muuttujaa, joka voi saada numeerisia arvoja tietyllä välillä. Luokiteltu muuttaja sisältää nominaaliasteikolla kaksi luokkaa (dikotomiset muuttujat, esim. sukupuoli) tai useamman luokan (Kerlinger, 1977, s. 39–40). Tiedot tallennettiin tallennuspohjaan SPSS for Windows ohjelmaan (IBM Corp, 2013).

Ryhmien väliset vertailut luokitteluasteikon muuttujissa tehtiin Pearsonin Khiin-neliötestin (Kerlinger, 1977, s. 107–108; Uhari & Nieminen, 2001, s. 123) avulla ja jatkuvissa muuttujissa kahden ryhmän vertailu Studentin t-testin (Kerlinger, 1977, s. 220; Uhari & Nieminen, 2001, s. 126) avulla ja useamman ryhmän vertailu varianssianalyysillä (ANOVA) (Kerlinger, 1977, s. 224–226; Uhari & Nieminen, 2001, s. 130–131). Monimuuttujanalyysit tehtiin käyttäen logistista regressioanalyysiä. Vastemuuttuja oli logistisessa regressiomallissa mallissa kaksiluokkainen ja selittävät muuttujat voivat olla luokiteltuja tai jatkuvia. Logistinen malli laskee OR-lukuja (ods ratio, vedonlyöntikerroin), joka kertoo miten moninkertainen riski selittävän muuttujan luokalla on vasteeseen. Lisäksi OR-

luville laskettiin 95 %:n luottamusvälit ja p-arvot. (Metsämuuronen, 2003, s. 606–609; Uhari & Nieminen, 2001, s. 183-195.) Kaikki tilastolliset testit ovat kaksisuuntaisia ja tilastollisen merkitsevyyden rajana käytetään rajaa $p < 0.05$. Tilastolliset analyysit tehtiin käyttäen IBM SPSS Statistics v.22 -ohjelmaa (IBM Corp., 2013).

4 Tulokset

Tutkimuksessa verrattiin koulutaustatietoja ja arvosanatietoja eri psykiatrisissa sairausryhmissä, jotka on esitelty Taulukossa 1 (ks. s. 28). Sairausjakaumissa oli tilastollisesti merkitsevä ero sukupuolittain (Khiin neliötesti: $p < 0,001$). Koska sukupuolten välillä on aiemmissa tutkimuksissa todettu eroavaisuuksia sekä psykiatrisissa sairauksissa (Marttunen & Kaltiala-Heino, 2011) että koulunkäynnissä ja arvosanoissa (Mustaparta & Nyyssölä, 2004; Huisman, 2004), oli tutkimustuloksia mielekästä käsitellä erikseen sukupuolittain.

Asuinpaikalla, perhetyypillä ja vanhempien työtilanteella on todettu aiemmissa tutkimuksissa (Luukkonen, 2010) olevan merkitystä nuorten psykiatriseen sairastavuuteen. Tutkimushaastatteluista saatiin potilaiden taustatietoja, kuten ikä sairaalahoitajakson aikana, asuinpaikka, vanhempien korkein saavutettu koulutus ja työllisyystilanne. Taulukossa 2 on esitelty taustatietoja psykiatrisessa sairaalahoidossa olleista nuorista sukupuolittain. Keski-ikä sairaalahoitajakson aikana tytöillä oli 15,5 (vaihteluväli 12–18) vuotta ja pojilla 15,4 (vaihteluväli 12–17) vuotta. Perhetyypin ja sukupuolen välillä oli tilastollisesti merkitsevä ero niin, että tytöt tulivat poikia useammin kahden vanhemman perheestä (44 % vs. 28 %).

Taulukko 2. Psykiatrisessa sairaalahoidossa olleiden nuorten taustatiedot sukupuolittain.

| Taustatiedot | Tytöt n (%) | Pojat n (%) | Tilastollinen merkitsevyys p-arvo* |
|---|----------------|----------------|--|
| Ikä sairaalahoitajakson aikana, keskiarvo (keskihajonta) | 15,5 (1,279) | 15,4 (1,365) | 0,454** |
| Asuinpaikka | | | |
| Yli 100 000 asukasta | 63 (21,0) | 47 (22,7) | |
| 10 000-100 000 asukasta | 71 (23,7) | 62 (30,0) | |
| Alle 10 000 asukasta | 166 (55,3) | 98 (47,3) | 0,173 |
| Perhetyyppi | | | |
| 2 biologista vanhempaa | 132 (44,0) | 58 (27,9) | |
| 1 biologinen vanhempi | 84 (28,0) | 71 (34,1) | |
| Muu | 84 (28,0) | 79 (39,0) | 0,001 |
| Vanhempien työtilanne | | | |
| Äiti työssä | 237 (79,0) | 146 (70,2) | 0,023 |
| Isä työssä | 246 (82,0) | 137 (65,9) | <0,001 |

*Fisherin Khiin neliö-testi

**t-testi

Nuorten koulumenestyksen on todettu vaihtelevan sukupuolittain (Mustaparta & Nyysölä, 2004; Huisman, 2004). Tässä tutkimuksessa verrattiin sairaalahoidossa olleiden nuorten koulutaustasta ja koulumenestyksestä selville saatuja tekijöitä sukupuolittain. Sairaalassa hoidettujen nuorten itse ilmoitetut koulutaustatiedot vaihtelivat sukupuolittain. Viimeisimmän koulutodistuksen keskiarvo oli tytöillä keskimäärin korkeampi (7,4) kuin pojilla (6,8). Sukupuolten välillä oli tilastollisesti merkitsevä ero.

Pojilla on havaittu enemmän sekä oppimis- että tarkkaavaisuushäiriöitä kuin tytöillä (Lyytinen, 2004). Myös tässä aineistossa itseilmoitettuja oppimisvaikeuksia oli pojilla tilastollisesti merkitsevästi enemmän (39 %) kuin tytöillä (31 %). Pojat olivat olleet myös merkitsevästi tyttöjä enemmän erityisopetuksessa (68 % vs. 55 %, $p=0,004$) ja mukautetussa opetuksessa (28 % vs. 13 %, $p<0,001$), sekä jääneet luokalle (21 % vs. 9 %, $p<0,001$). Pojat olivat olleet tyttöjä useammin myös ESY-opetuksessa tai tarkkailuluokalla (33 % vs. 11 %, $p<0,001$), tai heidät oli erotettu koulusta (12 % vs. 2 %, $p<0,001$). Opettaja oli valittanut 50

% pojista heidän käytöksestään. Tyttöillä vastaava prosenttiosuus oli 42 %. Tämä sukupuoliero ei ollut kuitenkaan tilastollisesti merkitsevä.

Koulukiusaaminen on aikaisemmissa tutkimuksissa liitetty nuorten psyykkisiin ongelmiin (Kaltiala-Heino et al., 2009; Kaltiala-Heino et al., 2010; Luukkonen et al. 2010). Tässä aineistossa pojat olivat kiusanneet merkittävästi useammin koulussa kuin tytöt (27 % vs. 15 %, $p=0,001$), kun taas tytöt olivat poikia useammin koulukiusattuja (43 % vs. 36 %). Tämä ero ei tosin ollut tilastollisesti merkitsevä. Taulukossa 3 on esitelty sairaalahoidossa olleiden nuorten koulutaustiedot sukupuolittain.

Taulukko 3. Sairalahoidossa olleiden potilaiden itse ilmoitettuja koulutaustatietoja sukupuolittain.

| Koulutaustatiedot | Kaikki n (%) | Tytöt n (%) | Pojat n (%) | Tilastollinen merkitsevyys (tytöt vs. pojat), p-arvo* |
|--|-----------------|----------------|----------------|--|
| Itse ilmoitettu viimeisimmän koulutodistuksen keskiarvo (keskihajonta) | 7,2 (0,969) | 7,4 (1,002) | 6,8 (0,811) | <0,001** |
| Oppimisvaikeuksia | 175 (34,4) | 93 (31,0) | 82 (39,4) | 0,049 |
| Erytisopetuksessa | 306 (60,2) | 165 (55,0) | 141 (67,8) | 0,004 |
| Jäänyt luokalle | 69 (13,6) | 26 (8,7) | 43 (20,7) | <0,001 |
| Mukautetussa opetuksessa | 99 (19,5) | 41 (13,7) | 58 (27,9) | <0,001 |
| Opettaja valittanut käytöksestä | 232 (45,7) | 127 (42,3) | 105 (50,5) | 0,070 |
| Erotettu koulusta | 30 (5,9) | 5 (1,7) | 25 (12,0) | <0,001 |
| ESY-opetuksessa ("tarkkis") | 100 (19,7) | 32 (10,7) | 68 (32,7) | <0,001 |
| Koulukiusattu | 204 (40,2) | 129 (43,0) | 75 (36,1) | 0,117 |
| Koulukiusaaja | 100 (19,7) | 44 (14,7) | 56 (26,9) | 0,001 |

*Fisherin Khiin neliö-testi

**t-testi

Koko aineistossa peruskoulun päättötodistuksen arvosanatiedot saatiin 413:ta nuorelta. Kaikkien aineiden keskiarvo aineiston nuorilla oli 7,2 (vaihteluväli: 4,6–9,6) ja lukuaineiden keskiarvo 7,0 (vaihteluväli: 4,6–9,8). Taulukossa 4 verrataan sukupuolittain peruskoulun päättötodistuksen arvosanoja niillä nuorilla, joilla tieto päättötodistusarvosanasta oli saatavilla. Kaikkien aineiden keskiarvo laskettiin päättötodistuksen kaikkien oppiaineiden mukaan ja lukuaineiden keskiarvo lukuaineiden mukaan. Tyttöillä oli keskimäärin tilastollisesti merkitsevästi parempi arvosana matematiikassa, kemiassa, äidinkielessä, englannissa, historiassa, biologiassa, maantieteessä, käsityössä, kuvataiteessa ja musiikissa kuin pojilla. Liikunnan ja terveystiedon arvosanoissa ei ollut tilastollista eroa sukupuolten välillä tässä aineistossa.

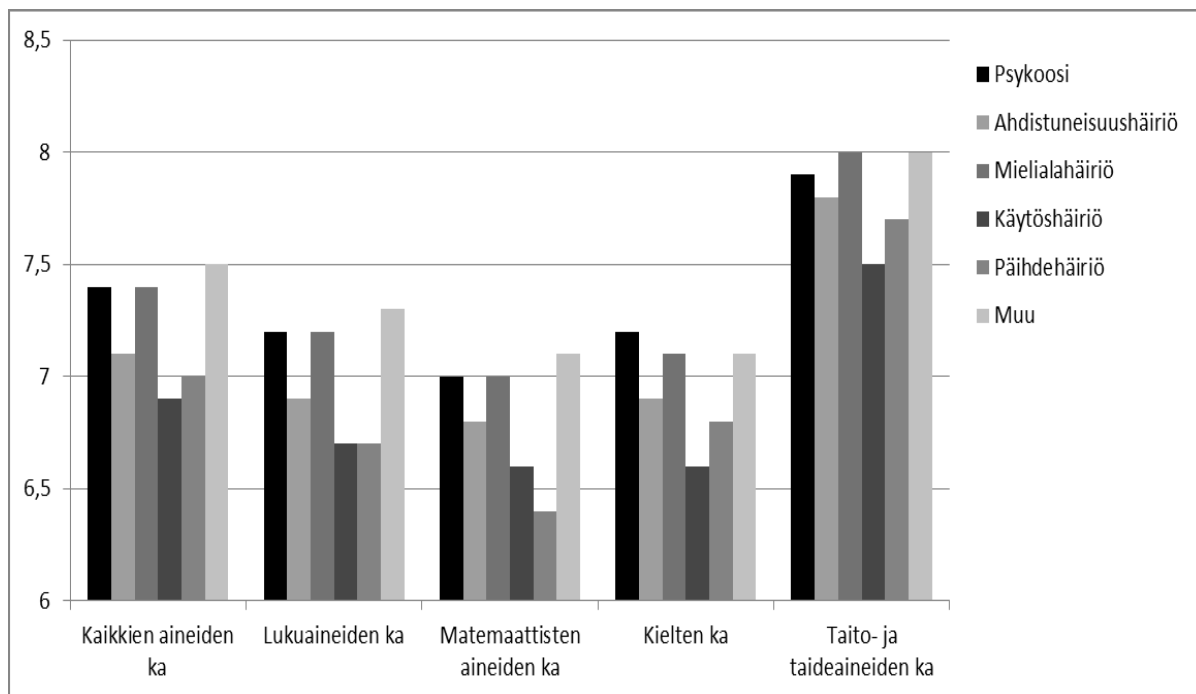
Taulukko 4. Peruskoulun päättötodistuksen keskiarvot niillä nuorilla, joilla päättötodistustiedot olivat saatavilla, N=413.

| Päättötodistuksen arvosana | Tytöt keskiarvo (keskihajonta) | Pojat keskiarvo (keskihajonta) | Tilastollinen merkitsevyys, p-arvo* |
|-----------------------------|--------------------------------------|--------------------------------------|---|
| Kaikkien aineiden keskiarvo | 7,5 (0,902) | 6,9 (0,734) | <0,001 |
| Lukuaineiden keskiarvo | 7,2 (1,095) | 6,6 (0,891) | <0,001 |
| Matematiikka | 7,0 (1,398) | 6,7 (1,223) | 0,012 |
| Fysiikka | 6,9 (1,390) | 6,6 (1,225) | 0,090 |
| Kemia | 7,0 (1,306) | 6,5 (1,164) | <0,001 |
| Äidinkieli | 7,6 (1,160) | 6,5 (0,984) | <0,001 |
| Englanti | 7,3 (1,374) | 6,8 (1,258) | <0,001 |
| Historia | 7,4 (1,297) | 6,9 (1,201) | <0,001 |
| Biologia | 7,4 (1,204) | 6,8 (1,110) | <0,001 |
| Maantiede | 7,2 (1,287) | 6,6 (1,040) | <0,001 |
| Liikunta | 7,4 (1,157) | 7,5 (1,163) | 0,927 |
| Terveystieto | 8,5 (1,353) | 8,3 (1,619) | 0,472 |
| Käsityö | 7,8 (0,921) | 7,4 (0,936) | <0,001 |
| Musiikki | 8,2 (1,010) | 7,3 (1,049) | <0,001 |
| Kuvataide | 8,3 (0,790) | 7,4 (0,999) | <0,001 |

*t-testi

Sairausryhmittäisiä vertailuja varten oppiaineita yhdistettiin uusiksi muuttujiksi. Aiemmissä tutkimuksissa oppiaineita on jaoteltu akateemisiin ja epäakateemisiin (Cannon et al., 2009, Isohanni et al., 1998). Tässä tutkimuksessa yhdistettiin matemaattiset aineet ja kieliaineet omiksi ryhmikseen ja lukuaineiden keskiarvolla kuvattiin akateemista osaamista ja taide- ja taitoaineiden keskiarvolla muuta osaamista. Matemaattisten aineiden keskiarvo laskettiin matematiikan, kemian ja fysiikan arvosanojen perusteella. Kielten keskiarvo laskettiin äidinkielen, englannin ja ruotsin arvosanojen perusteella ja taideaineiden keskiarvo laskettiin kuvataiteen, käsityön ja musiikin arvosanojen perusteella.

Kuviossa 2. on näkyvillä peruskoulun päättötodistuksen keskiarvoja aineryhmittäin ja sairausryhmittäin. Sairausryhmien väliset erot kaikissa aineryhmissä olivat tilastollisesti merkitseviä varianssianalyysillä testattuna: kaikkien aineiden keskiarvon ero sairausryhmien välillä ($p < 0,001$), lukuaineiden keskiarvon ero ($p = 0,001$), matemaattisten aineiden keskiarvon ero ($p = 0,054$), kielten keskiarvon ero ($p = 0,003$) ja taideaineiden keskiarvon ero ($p < 0,001$).



Kuvio 2. Peruskoulun päättötodistuksen keskiarvot (ka) sairausryhmittäin.

Mielialahäiriöt ja käytöshäiriöt ovat suurimmat diagnoosiryhmät tässä aineistossa. Koska näistä häiriöistä kärsivät nuoret näyttävät kouluarvosanojen mukaan hyvin erilaisilta ryhmiltä, on mielekästä tarkastella näitä ryhmiä myös erillisinä. Eri psykiatriset sairauden oirehtivat eri tavalla, ja myös koulunkäyntiin liittyviä eroja on havaittu aikaisemmissa tutkimuksissa (DeSocio, 2004; Isohanni et al., 1998; Marttunen & Kaltiala-Heino, 2011). Käytöshäiriöihin kuuluvat monesti kouluvaikeudet. Mielialahäiriöissä masennus on yleisin diagnoosi ja siihen liittyvät kognitiiviset ongelmat voivat heijastua koulumenestykseen (Marttunen & Kaltiala-Heino, 2011.) Mielialahäiriöisten ja käytöshäiriöisten nuorten kouluarvosanoja ja koulutaustatietoja tarkasteltiin erikseen verrattuna muuhun nuorten ryhmään.

Taulukossa 5 on vertailtu mielialahäiriöstä kärsivien nuorten koulutaustaa ja kouluarvosanoja muihin sairaalahoidettuihin nuoriin. Mielialahäiriöstä kärsivät pojat olivat olleet tilastollisesti merkitsevästi vähemmän ESY-opetuksessa (19 % vs. 40 %, $p=0,003$) ja opettaja oli valittanut heidän käytöksestään vähemmän (40 % vs. 56 %, $p=0,032$) verrattuna aineiston muihin sairaalahoidettuihin nuoriin.

Taulukko 5. Mielialahäiriön vuoksi sairaalassa olleiden nuorten itseilmoitettu koulutausta ja koulumenestys tytöillä ja pojilla.

| Koulutaustatiedot | Mielialahäiriö n (%) | Muu diagnoosi n (%) | Tilastollinen mer- kitsevyys p-arvo* |
|--|-------------------------|------------------------|--|
| Tytöt (n=300) | | | |
| Itse ilmoitettu viimeisimmän koulutodistuksen keskiarvo (kes- kihajonta) | 7,4 (0,963) | 7,4 (1,051) | 0,531 |
| Oppimisvaikeuksia | 53 (32,1) | 40 (29,6) | 0,642 |
| Erityisopetuksessa | 93 (56,4) | 72 (53,3) | 0,600 |
| Jäänyt luokalle | 17 (10,3) | 9 (6,7) | 0,265 |
| Mukautetussa opetuksessa | 23 (13,9) | 18 (13,3) | 0,879 |
| Opettaja valittanut käytöksestä | 68 (41,2) | 59 (43,7) | 0,664 |
| Erotettu koulusta | - | - | - |
| ESY-opetuksessa ("tarkkis") | 17 (10,3) | 15 (11,1) | 0,822 |
| Koulukiusattu | 73 (44,2) | 56 (41,5) | 0,117 |
| Koulukiusaaja | 22 (13,3) | 22 (16,3) | 0,631 |
| Pojat (n=208) | | | |
| Itse ilmoitettu viimeisimmän koulutodistuksen keskiarvo (kes- kihajonta) | 6,9 (0,723) | 6,8 (0,823) | 0,725 |
| Oppimisvaikeuksia | 30 (41,7) | 52 (38,2) | 0,630 |
| Erityisopetuksessa | 47 (65,3) | 94 (69,1) | 0,573 |
| Jäänyt luokalle | 10 (13,9) | 33 (24,3) | 0,079 |
| Mukautetussa opetuksessa | 16 (22,2) | 42 (30,9) | 0,185 |
| Opettaja valittanut käytöksestä | 29 (40,3) | 76 (55,9) | 0,032 |
| Erotettu koulusta | 6 (8,3) | 19 (14,0) | 0,234 |
| ESY-opetuksessa ("tarkkis") | 14 (19,4) | 54 (39,7) | 0,003 |
| Koulukiusattu | 24 (33,3) | 51 (37,5) | 0,552 |
| Koulukiusaaja | 15 (20,8) | 41 (30,1) | 0,150 |

*Fisherin Khiin neliö-testi

**t-testi

Taulukossa 6 on vertailtu käytöshäiriöisiä nuoria muihin sairaalahoidettuihin nuoriin. Käytöshäiriöistä kärsivillä tytöillä oli opettaja valittanut käytöksestä tilastollisesti merkitsevästi enemmän kuin muilla tutkimusaineiston tytöillä (55 % vs. 40 %, $p=0,050$). Käytöshäiriöiset tytöt olivat myös muita useammin ESY-luokalla (19 % vs. 9 %, $p=0,040$) ja kiusasivat koulussa (34 % vs. 11 %, $p<0,001$). Nuorten itse ilmoittama viimeisimmän kevättodistuksen arvosana oli käytöshäiriöisillä tytöillä tilastollisesti merkitsevästi muita tyttöjä huonompi (6,9 vs. 7,5; $p<0,001$).

Käytöshäiriöiset pojat olivat olleet muita tutkimusaineiston poikia enemmän mukautetussa opetuksessa (39 % vs. 21 %, $p=0,005$). Opettaja oli myös valittanut käytöshäiriödiagnoosin saaneiden poikien käytöksestä tilastollisesti merkitsevästi muita poikia enemmän (72 % vs. 36 %, $p<0,001$). Käytöshäiriöiset pojat olivat tilastollisesti merkitsevästi useammin myös erotettu koulusta (19 % vs. 7 %, $p=0,009$), ja olivat olleet ESY-opetuksessa (48 % vs. 22 %, $p<0,001$). He olivat olleet muita useammin myös koulukiusaajia (42 % vs. 17 %, $p<0,001$).

Peruskoulun päättötodistuksen arvosanojen keskiarvot ovat näkyvillä sairausryhmittäin Kuviossa 2. (s. 38). Kun mielialahäiriöisten poikien keskiarvoja verrattiin muiden aineiston poikien keskiarvoihin, havaittiin tilastollisesti merkitsevä ero. Mielialahäiriöisillä pojilla oli tilastollisesti merkitsevästi paremmat kaikkien aineiden keskiarvot (7,0 vs. 6,8; $p=0,036$) ja taito- ja taideaineiden keskiarvot (7,6 vs. 7,2; $p=0,007$), kuin muilla aineiston pojilla. Vastaavia eroavaisuuksia ei ollut havaittavissa mielialahäiriöisillä tytöillä.

Käytöshäiriöisillä pojilla sen sijaan oli verrattuna aineiston muihin poikiin tilastollisesti merkitsevästi huonommat arvosanat kaikkien aineiden keskiarvoissa (6,7 vs. 7,0; $p=0,045$) ja taideaineiden keskiarvoissa (7,2 vs. 7,5; $p=0,041$). Käytöshäiriöisillä tytöillä arvosanojen keskiarvot olivat huonommat muihin tyttöihin verrattuna lukuaineissa (6,9 vs. 7,3; $p=0,027$), kaikissa aineissa (7,2 vs. 7,5; $p=0,025$), kielissä (6,9 vs. 7,4; $p=0,031$) sekä taito- ja taideaineissa (7,9 vs. 8,1; $p=0,029$).

Taulukko 6. Käytöshäiriön vuoksi sairaalassa olleiden nuorten koulutausta- ja koulumestys tytöillä ja pojilla.

| Koulutaustatiedot | Käytöshäiriö n (%) | Muu diagnoosi n (%) | Tilastollinen mer- kitsevyys p-arvo* |
|--|-----------------------|------------------------|--|
| Tytöt (n=300) | | | |
| Itse ilmoitettu viimeisimmän koulutodistuksen keskiarvo (kes- kihajonta) | 6,9 (0,976) | 7,5 (0,981) | <0,001 |
| Oppimisvaikeuksia | 17 (36,2) | 76 (30,0) | 0,404 |
| Erityisopetuksessa | 25 (53,2) | 140 (55,3) | 0,786 |
| Jäänyt luokalle | 4 (8,5) | 22 (8,7) | 0,967 |
| Mukautetussa opetuksessa | 7 (14,9) | 34 (13,4) | 0,790 |
| Opettaja valittanut käytöksestä | 26 (55,3) | 101 (39,9) | 0,050 |
| Erotettu koulusta | - | - | - |
| ESY-opetuksessa ("tarkkis") | 9 (19,1) | 23 (9,1) | 0,040 |
| Koulukiusattu | 17 (36,2) | 112 (44,3) | 0,303 |
| Koulukiusaaja | 16 (34,0) | 28 (11,1) | <0,001 |
| Pojat (n=208) | | | |
| Itse ilmoitettu viimeisimmän koulutodistuksen keskiarvo (kes- kihajonta) | 6,7 (0,815) | 6,9 (0,802) | 0,095 |
| Oppimisvaikeuksia | 35 (42,2) | 47 (37,6) | 0,509 |
| Erityisopetuksessa | 61 (73,5) | 80 (64,0) | 0,151 |
| Jäänyt luokalle | 22 (26,5) | 21 (16,8) | 0,091 |
| Mukautetussa opetuksessa | 32 (38,6) | 26 (20,8) | 0,005 |
| Opettaja valittanut käytöksestä | 60 (72,3) | 45 (36,0) | <0,001 |
| Erotettu koulusta | 16 (19,3) | 9 (7,2) | 0,009 |
| ESY-opetuksessa ("tarkkis") | 40 (48,2) | 28 (22,4) | <0,001 |
| Koulukiusattu | 28 (33,7) | 47 (37,6) | 0,570 |
| Koulukiusaaja | 35 (42,2) | 21 (16,8) | <0,001 |

*Fisherin Khiin neliö-testi

**t-testi

Mielialahäiriön ja käytöshäiriön riskit eri koulutaustamuuttujien suhteen haluttiin vakioida lapsen koulutaustalla ja lapsen iällä. Taulukossa 7 on logistisella regressioanalyysillä mallinnettu koulutaustan vakioitu yhteys mielialahäiriöön ja käytöshäiriöön.

Taulukko 7. Mielialahäiriön ja käytöshäiriön sekä itseilmoitetun koulutaustan välinen vakioitu yhteys osastohoidossa olleilla tytöillä ja pojilla.

| | Mielialahäiriö vs. muu psykiatrinen häiriö | | | Käytöshäiriö vs. muu psykiatrinen häiriö | | |
|---------------------------------|--|--------------------|--------|--|--------------------|--------|
| | OR* | 95 % luottamusväli | p-arvo | OR* | 95 % luottamusväli | p-arvo |
| Tytöt | | | | | | |
| Oppimisvaikeuksia | 1,05 | 0,64–1,74 | 0,840 | 1,32 | 0,68–2,58 | 0,411 |
| Erityisopetuksessa | 1,12 | 0,70–1,77 | 0,640 | 0,90 | 0,48–1,69 | 0,743 |
| Jäänyt luokalle | 1,57 | 0,66–3,77 | 0,310 | 0,93 | 0,29–2,98 | 0,905 |
| Mukautetussa opetuksessa | 0,98 | 0,50–1,93 | 0,958 | 1,05 | 0,43–2,57 | 0,914 |
| Opettaja valittanut käytöksestä | 0,45 | 0,52–1,34 | 0,837 | 1,84 | 0,97–3,50 | 0,061 |
| ESY-opetuksessa ("tarkkis") | 0,82 | 0,39–1,76 | 0,616 | 2,35 | 0,97–5,65 | 0,057 |
| Koulukiusattu | 1,17 | 0,73–1,86 | 0,514 | 0,83 | 0,46–1,49 | 0,537 |
| Koulukiusaaja | 0,69 | 0,35–1,35 | 0,278 | 4,77 | 2,15–10,59 | <0,001 |
| Pojat | | | | | | |
| Oppimisvaikeuksia | 1,21 | 0,66–2,22 | 0,538 | 1,14 | 0,64–2,04 | 0,659 |
| Erityisopetuksessa | 0,97 | 0,52–1,82 | 0,924 | 1,48 | 0,80–2,76 | 0,213 |
| Jäänyt luokalle | 0,46 | 0,21–1,02 | 0,055 | 1,86 | 0,93–3,70 | 0,076 |
| Mukautetussa opetuksessa | 0,67 | 0,34–1,33 | 0,250 | 2,36 | 1,25–4,44 | 0,008 |
| Opettaja valittanut käytöksestä | 0,52 | 0,29–0,95 | 0,034 | 4,88 | 2,63–9,06 | <0,001 |
| ESY-opetuksessa ("tarkkis") | 0,34 | 0,17–0,68 | 0,003 | 3,40 | 1,81–6,38 | <0,001 |
| Koulukiusattu | 0,847 | 0,46–1,56 | 0,595 | 0,83 | 0,46–1,49 | 0,537 |
| Koulukiusaaja | 0,68 | 0,34–1,37 | 0,280 | 3,53 | 1,83–6,80 | <0,001 |

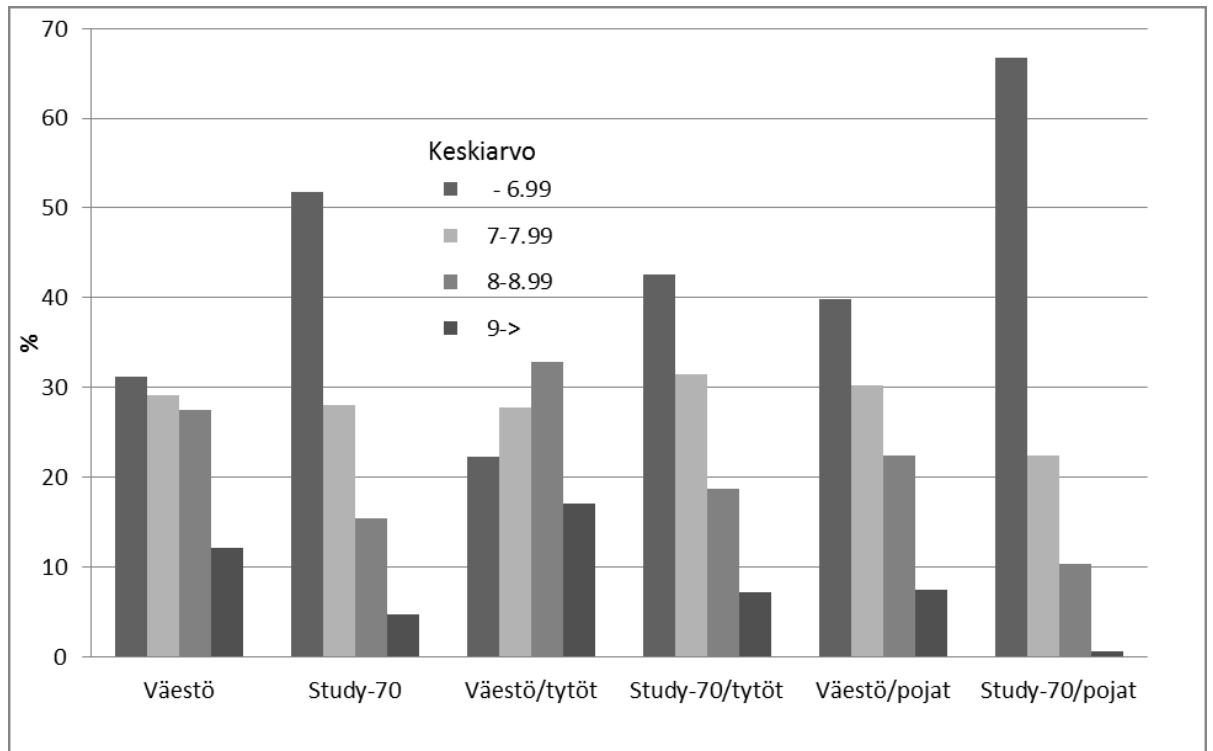
*vakioitu nuoren kotiympäristöllä ja iällä

Käytöshäiriön riski oli 3,4-kertainen pojilla, jotka olivat olleet joskus ESY-opetuksessa tai tarkkailuluokalla, 2,4-kertainen pojilla, jotka olivat olleet mukautetussa opetuksessa, 3,5-kertainen niillä pojilla, jotka olivat olleet koulukiusaajia ja 4,9-kertainen niillä pojilla, joilla opettaja oli valittanut käytöksestä. Opettajan valittaminen nuoren käytöksestä (OR=0,52) ja ESY-opetuksessa oleminen (OR=0,53) näyttivät sen sijaan suojaavan mielialahäiriöltä. Tyttöillä koulukiusaajana toimiminen lisäsi käytöshäiriön riskiä 4,8-kertaiseksi.

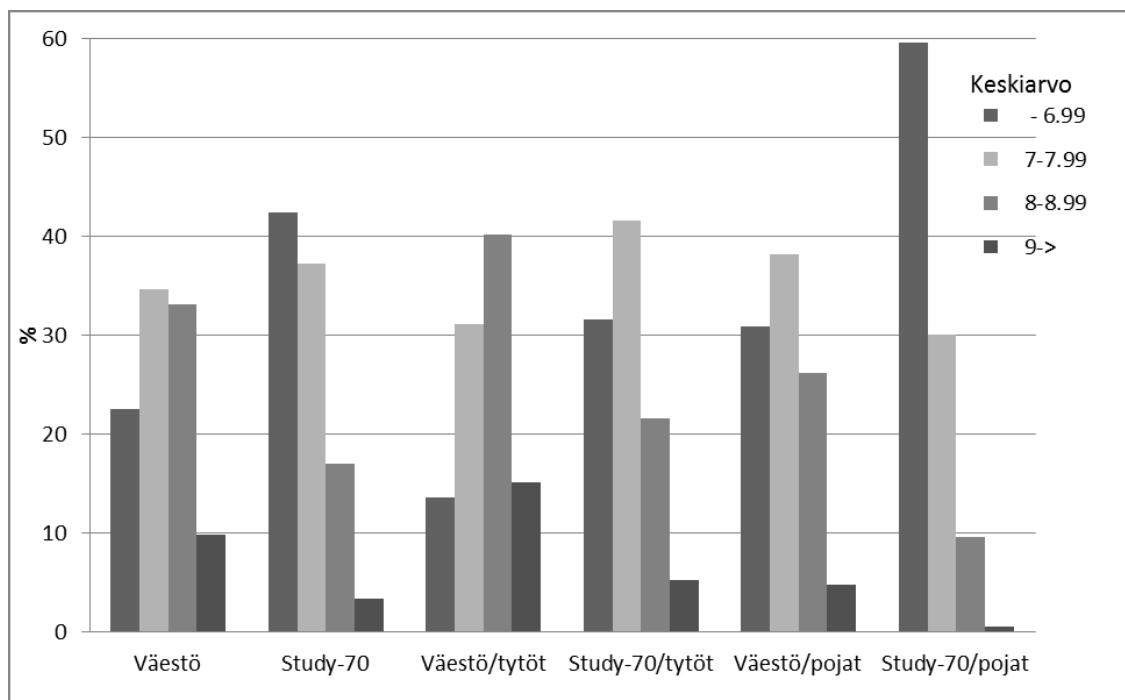
Koska tässä tutkimuksessa tutkimusaineistona on vakavaa mielenterveyshäiriötä sairastavien nuorten sairaalapopulaatio, on arvosanoja mielenkiintoista verrata myös koko väestön jakaumaan. Tarkoitusta varten oli mahdollisuus verrata arvosanaluokkia vuonna 2006 Suomen peruskoulun päättäviin nuorien arvosanoihin.

Oppilaan arviointi toteutetaan koko maassa samojen kriteerien pohjalta ja päättöarvioinnin tulisi olla valtakunnallisesti vertailukelpoista (Vitikka, 2009, s.159; Opetushallitus, 2004). Peruskoulun päättötodistusten arvosanojen voidaan olettaa olevan vertailukelpoiset sekä tutkimusaineistossa, että vertailuväestöön verrattuna. Kuvioissa 3 ja 4 on verrattu tutkimuspopulaation nuorten peruskoulun päättötodistusten arvosanoja vuoden 2006 koko väestön, eli normaalipopulaation peruskoulun päättötodistusten arvosanoihin. Kuviossa 3 on esitelty lukuaineiden keskiarvot ja Kuviossa 4 kaikkien aineiden keskiarvot sekä normaaliväestössä että tutkimuspopulaatiossa.

Kouluarvosanojen keskiarvot on luokiteltu neljään luokkaan: keskiarvo alempi kuin 6,99; keskiarvo välillä 7-7,99; keskiarvo välillä 8-8,99 ja keskiarvo suurempi kuin 9. Verrattaessa koko väestön arvosanaluokkia koko tutkimusaineistoon, oli ero tilastollisesti merkitsevä ($p<0,001$). Samoin verrattaessa tutkimuspopulaation poikia normaalipopulaation poikiin ja tyttöjä tyttöihin, olivat erot tilastollisesti merkitseviä (pojat: $p<0,001$ ja tytöt: $p<0,001$).



Kuvio 3. Peruskoulun päättötodistuksen lukuaineiden keskiarvot koko Suomen väestössä vuonna 2006 ja Study-70 potilasaineistossa.



Kuvio 4. Peruskoulun päättötodistuksen kaikkien aineiden keskiarvot keskiarvoluokittain koko Suomen väestössä vuonna 2006 ja Study-70 potilasaineistossa.

5 Pohdinta

Lasten ja nuorten mielenterveydelliset ongelmat ovat vakava ja melko yleinen ongelma. Lääketieteellisiä keinoja ratkaista näitä ongelmia ei ole aina saatavilla niin nopeasti tai kattavasti, kuin olisi tarpeellista, eikä niitä ole välttämättä aina mielekästä kohdistakaan niin laajalle. Lasten ja nuorten terveydellisissä ongelmissa hyvin tärkeäksi on noussut kohdistettu ennaltaehkäisy ja varhainen puuttuminen. Ennaltaehkäisy pyritään kohdistamaan tunnistettuihin riskiryhmiin. Varhaisella puuttumisella pyritään puuttumaan jo alkaneisiin häiriöihin niin aikaisessa vaiheessa kuin mahdollista, jotta tarpeelliset hoitotoimet voitaisiin aloittaa viipymättä.

Koska lasten ja nuorten on usein itse vaikea tunnistaa ja pukea sanoiksi pahaa oloaan, tai alkavaa häiriötä, on lapsen tai nuoren lähellä olevilla aikuisilla suuri rooli varhaisessa puuttumisessa. Koska lapsi tapaa terveydenhuollon ammattilaisia harvoin, eivät he voi aina heti tarjota apua. Oppilaiden terveystarkastuksia ei ole kovin usein. Kaikissa kouluissa ei ole välttämättä edes vakituisesti terveydenhoitajaa, eikä lapsi aina osaa mennä yksin kertomaan hankaluuksistaan terveydenhoitajalle. Tämän vuoksi vanhemmat ovat tärkeitä lasten ongelmien tunnistamisessa. Vanhempien kyvyt huomata lastensa ongelmia voivat vaihdella suuresti. Joskus heidän voi olla vaikea hyväksyä lastensa ongelmia, ja se voi viivästyttää niihin puuttumista.

Lapsella on kuitenkin lähellään myös muita aikuisia kuin omat vanhemmat tai huoltajat. Sama luokanopettaja on mukana lapsen elämässä parhaimmillaan usean vuoden ajan. Opettajalle on koulutuksensa perusteella mahdollista erottaa normaaliin nuoruusiän kehitykseen kuuluvan kuohunta vakavammasta oireilusta, joka voi viitata mielenterveyden häiriön riskiin. Siksi opettajien asiantuntemusta kannattaisi ehdottomasti hyödyntää lasten psyykkisen hyvinvoinnin tukemisessa ja pahoinvoinnin havaitsemisessa.

Opettajat kokevat, että heillä ei ole riittävästi tietämystä ja keinoja havaita oppilaiden psyykkistä oireilua. Tämä asia olisi helposti korjattavissa lisäkoulutuksella (Rothì et al., 2008). Toisaalta Moor ja kumppanit (2007) havaitsivat omassa tutkimuksessaan, että opettajan lisäkoulutus, ainakaan spesifiseen ongelmaan ei välttämättä lisää opettajan havainnointitaitoja. Opettaja ei ole terveydenhuollon ammattilainen, mutta hän vastaa oppilaan oppimisesta mahdollisista häiriöistä huolimatta. Opettajaa tulisikin tukea lasten ja nuorten

erityistarpeiden huomioimisessa. (Kaltiala-Heino et al., 2010.) Toimivalla oppilas- ja kouluterveydenhuollolla on mielenterveyden edistämässä erittäin tärkeä rooli.

5.1 Tulosten pohdinta

Koulumenestyksen on todettu aikaisemmissa tutkimuksissa olevan yhteydessä psykiatriseen sairastavuuteen. Huonot kouluarvosanat, mutta toisaalta myös erinomainen koulumenestys voivat näkyä riskitekijänä myöhempään sairastumiseen (Isohanni, 2000; Tikkanen et al., 2009.) Erityisesti nopeasti romahtava koulumenestys on riski nuoren psyykkiselle terveydelle (Kaltiala-Heino et al., 2009). Psyykkisistä häiriöistä kärsivien lasten ja nuorten koulumenestyksen on todettu olevan terveitä heikompaa (Kaltiala-Heino, et al., 2010). Myös tässä tutkimuksessa havaittiin, että potilasaineiston nuorten kouluarvosanat olivat keskimäärin heikompia kuin normaaliväestössä. Tämä on johdonmukaista, ja linjassa aikaisempien tutkimusten kanssa.

Aiemmissa tutkimuksissa on havaittu, että mielenterveyden häiriöillä on vaikutuksia koulutyöhön. Ne voivat haitata oppilaan oppimista ja läsnäoloa koulussa. Mielenterveyden häiriöt liittyvät usein keskittymisvaikeuksiin, hahmottamisongelmiin ja motivaatioon (Kaltiala-Heino et al., 2009). Tämän tutkimuksen nuorista kolmasosalla oli ollut oppimisvaikeuksia koulussa. Erityisopetuksessa oli ollut 60 prosenttia nuorista, 14 prosenttia oli jäänyt luokalle ja viidennes oppilaista oli ollut mukautetussa opetuksessa. Oppimisvaikeuksien varhainen tunnistaminen ja oikein ajoitetut tukitoimet nähdäänkin tärkeiksi, koska ne voivat ehkäistä mielenterveyshäiriöiden kehittymistä. Oppimisvaikeudet voidaan huomata koulussa ja niihin voi myös puuttua. (Kaltiala-Heino et al., 2010.) Toisaalta koululla ja koulunkäynnillä voi olla myös vaikutuksia lapsen ja nuoren myöhempään kehitykseen. Esimerkiksi luokalle jääneillä ja erityiskouluissa olleilla on suurempi vaara sairastua sairaalahoitoa vaativiin mielenterveyshäiriöihin (Isohanni, 2000). Omassa Pro Gradu -tutkimuksessani ei pystytty kuitenkaan selvittämään kouluvaikeuksien ja mielenterveyden häiriön puhkeamisen välistä ajallista yhteyttä, ei siis pystytty sanomaan tarkasti kumpi vaikutti kumpaankin.

Koulumenestyksessä on havaittu olevan suuria eroja sukupuolten välillä (Lahelma, 2009; Lyytinen, 2004; Mustaparta & Nyyssölä, 2004). Pojilla on havaittu enemmän sekä oppimis- että tarkkaavaisuushäiriöitä kuin tytöillä (Lyytinen, 2004). Omassa tutkimuksessani tyttöjen ja poikien väliset erot koulumenestyksessä näkyivät lähes kaikissa oppiaineissa,

tyttöjen saadessa poikia parempia arvosanoja. Samansuuntainen ero sukupuolien välillä näkyi myös oppimisvaikeuksissa. Vaikka kyseessä on valikoitunut potilasaineisto, ovat tulokset oppimismenestyksen suhteen samassa linjassa aikaisempien tutkimusten kanssa.

Sairaalahoidossa olleiden nuorten arvosanat olivat keskimäärin heikompia kuin koko väestön peruskoulun päättötodistusten arvosanat. Käytös- ja päihdehäiriöisten koulumenestys oli muita osastohoidossa olleita nuoria huonompi. Silti useat tutkimusaineiston potilaista selvisivät koulussa varsin hyvin. Nuorten, psyykkisesti sairastuneidenkin, kohdalla on tässä vaiheessa vielä paljon tehtävissä ja tulevaisuus ei ole hukattu. Sairaalahoidon jälkeen osa on suorittanut peruskoulun ja hakeutunut jatkokoulutukseen. Monet tutkimusaineiston nuoret ovat todennäköisesti jatkaneet normaalia elämää, ja menestyneet kohtuullisen hyvin. Tämä olisikin mielenkiintoinen jatkotutkimuksen aihe.

Opettajien on havaittu huomaavan selvästi enemmän oppilaiden oppimisvaikeuksia ja kiusaamisongelmia sekä erilaisia käyttäytymisen ja kehityksen häiriöitä kuin esimerkiksi vanhempien (Salonen et al., 2004; Rickwood, 2005). Opettajan työhön ja ammattitaitoon kuuluu puuttua koulutyön ongelmiin ajoissa. Tässä aineistossa lähes puolet nuorista ilmoitti opettajan jossakin vaiheessa valittaneen heidän käytöksestään. Osa tällaisista puuttumistilanteista voi olla niitä ratkaisevia tilanteita, joissa opettajan rooli on suurempi kuin vain kasvatuksellinen. Koulutuksen ja ohjauksen tarjoaminen opettajalle tällaisissa tilanteissa sekä moniammatillisen yhteistyön tuki voisi auttaa opettajaa työssään.

Erilaiset käyttäytymisen häiriöt näkyvät koulutyössä ja ne asettavat haasteita myös opetustyöhön (Marttunen & Kaltiala-Heino, 2011; Rickwood, 2009). Tässä tutkimusaineistossa alle 10 prosenttia nuorista oli erotettu koulusta ja lähes viidennes ilmoitti olleensa ESY-opetuksessa eli ”tarkkis”-luokalla. Nykyisin tarkkailuluokkia ei juuri ole, vaan oppilaat, joilla on käyttäytymisen häiriöitä, ovat yleensä normaalissa luokassa. Tämä asettaa luokanopettajan työlle paljon haasteita, jotka tulisi ottaa huomioon koulutuksessa. Tämän aineiston nuorista oli 25 prosenttia ollut sairaalahoidossa käytöshäiriön vuoksi, pojista lähes 40 prosenttia. Tarkkaavaisuushäiriöt kuuluivat tässä tutkimuksessa käytöshäiriöiden ryhmään. Niiden esiintyvyys ei ole kovin suuri tällaisessa potilasaineistossa, koska tarkkaavaisuushäiriön hoito ei yleensä vaadi sairaalahoitoa.

Koulukiusaamisen on todettu aikaisemmissa tutkimuksissa olevan riski nuorten psyykkiselle terveydelle (Kaltiala-Heino et al., 2010; Luukkonen et al., 2010). Tämän tutkimuksen nuorista 40 prosenttia oli kiusattu koulussa. Koulukiusaajiksi tunnustautui lähes viidennes

nuorista, pojat tyttöjä useammin. Kiusaaminen oli yleisempää käytöshäiriöisillä nuorilla kuin muilla nuorilla. Käytöshäiriöisistä tytöistä 34 prosenttia oli kiusannut koulussa ja pojista 42 prosenttia. Kiusaaminen lisäsi aineistossa käytöshäiriön riskiä pojilla 3,5-kertaiseksi ja tytöillä jopa 5-kertaiseksi. Käytöshäiriöön kuuluu epäsosiaalista käyttäytymistä (Marttunen & Kaltiala-Heino, 2011), jota kiusaamisenkin voi ajatella olevan. Kaikki kiusaajat eivät kuitenkaan ole käytöshäiriöisiä. Kiusaamiseen tulisi kuitenkin aina puuttua, ja pohtia myös syitä kiusaamisen takana. Kiusatuksi tuleminen voi pahimmillaan lisätä mielenterveyden häiriön syntymistä.

5.2 Tutkimuksen heikkoudet ja vahvuudet

Tämän tutkimuksen rajoituksena on, että se perustuu potilasaineistoon, eivätkä sen tulokset ole suoraan yleistettävissä normaaliväestöön. Valmis tutkimusaineisto asettaa omat rajoitteensa. Kysymyksiä ei voinut esittää jälkikäteen, ja joitakin tämän tutkimuksen kannalta kiinnostavia tietoja ei saatu esille. Esimerkiksi koulupoissaoloista ei saatu tietoa. Koska useimmat tiedot, kuten koulutustaustatiedot perustuivat potilaiden itse ilmoittamiin tietoihin, tulee niihin suhtautua myös kriittisesti.

Tutkimuksen vahvuuksia on tutkimusaineiston luotettavuus. K-SADS-PL- haastattelu on todettu aikaisemmissa tutkimuksissa luotettavaksi diagnostiseksi työkaluksi (Ambrosini, 2000; Kaufman et al., 1997). Kokeneet lääkärit olivat validoineet psykiatriset diagnoosit. Tutkimuspopulaatio on epidemiologisesti valikoitumaton otos. Tutkimusjoukko kattaa kaikki alaikäiset akuuttia psykiatrista sairaalahoitoa vaativat potilaat Pohjois-Suomesta. Aineistoa on kerätty viiden vuoden ajan, joka takaa riittävän suuren potilasaineiston. Vaikka aineistonkeruussa käytetyt haastattelut (K-SADS-PL ja EuropASI) on tehty ensisijaisesti psykiatrisen diagnostiikan ja hoidon tarpeisiin, antavat haastatteluissa kerätyt taustatiedot hyvän kuvan myös nuorten sosiaalisista suhteista ja koulunkäynnistä, joista ei muuten saataisi tällaista tietoa.

5.3 Johtopäätökset

Kasvatustieteellistä tutkimustietoa koulun ja mielenterveyden välisestä yhteydestä on vähän. Koska aihe liittyy koulumaailmaan ja opettajan työhön, ei lääketieteen tutkimuksellinen näkökulma ole aina riittävää. Tämä työ tarjoaa myös jatkotutkimusten aiheita kartoittamaan opettajien ja oppilaiden kokemuksia siitä millainen on hyvä kouluympäristö ja

minkälaisia asioita opettaja voi havaita omassa luokassaan mielenterveyden edistämiseksi. Kaikki keinot, jotka auttavat lasta tai nuorta pärjäämään koulussa ja tukevat hänen kehitystään on syytä ottaa käyttöön, riippumatta siitä kuuluuko ilmiö opetuksen, kasvatuksen vai terveydenhuollon piiriin.

Tämän tutkimuksen aihe on erittäin ajankohtainen ja tärkeä. Kaikki keinot, joilla voidaan lisätä oppilaiden mielenterveyttä suojaavia tekijöitä koulussa edistävät heidän tulevaa mielenterveyttään. Tämän tutkimuksen tutkimusaineistona olevat nuoret olivat sairastuneet psyykkisesti vakavaan ja akuuttia suljettua osastohoitoa vaativaan sairauteen. Osastohoidon aikana koulunkäynti ei usein ole ollut mahdollista, mutta sairaalahoitajakson jälkeen tavoitteena on normaali koulunkäynti. Kouluyhteisön pitäisi olla jokaiselle turvallinen, ja kaikki mahdolliset mielenterveyttä tukevat keinot tulee huomioida. (Kaltiala-Heino et al., 2010.) Opetusalan ammattilainen voi ja hänen tulee toimia yhteistyössä terveydenhuollon ammattilaisen kanssa. Kun kyse on lasten ja nuorten hyvinvoinnista, ei piiloutuminen ammatti- tai roolirajojen taakse saa olla toimivan yhteistyön esteenä.

Tämän tutkimuksen perusteella ei voida suoraan löytää keinoja nuorten mielenterveyden ongelmien vähentämiseksi. Tutkimuksessa kuitenkin etsitään ja esitellään koulun ja mielenterveyden välistä yhteyttä, ja niihin liittyviä asioita ja tilanteita joihin opettaja voi työsäänsänsä törmätä. Aina psyykkisten häiriöiden oireet eivät ole selvästi näkyvillä, vaan myös hyvin koulussa pärjäävä ja käyttäytyvä oppilas voi voida huonosti. Jokaisen opettajan tulisi tiedostaa mielenterveyden häiriöiden yleisyys lapsilla ja nuorilla ja löytää keinoja edistää oppilaiden hyvinvointia omalla työllään hyödyntämällä jo olemassa olevaa tietämystään ja tuntemustaan lapsen hyväksi. Moniammatillista yhteistyötä tulisi kehittää niin matalan kynnyksen toiminnaksi, että opettajan ei tarvitsisi kokea olevansa yksin, vaan hän voisi helposti osallistua jo hyvin varhaisen vaiheen puuttumiseen.

6 Lähteet

- Aalto-Setälä, T. & Marttunen, M. (2011). Nuoren psyykkinen oireilu – häiriö vai normaalia. *Duodecim*, 123, 207–13.
- Aho, L. Koulu, opetus ja oppiminen. (1998). Teoksessa: Julkunen, M-L. (toim.) Opetus, oppiminen, vuorovaikutus. WSOY, Helsinki, 14–30.
- Ambrosini, P.J., (2000). Historical Development and Present Status of the Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School-Age Children (K-SADS). *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. 39, 1, 49–58.
- American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. 4th edition. Washington DC, APA.
- American Psychiatric Association (1987). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. 3th edition, revised. Washington DC, APA.
- Cannon, M., Jones, P., Huttunen, M. O., Tanskanen, A., Huttunen, T., Rabe-Hesketh, S., Murray, R. M. (1999). School Performance in Finnish Children and Later Development of Schizophrenia. A Population-Based Longitudinal Study, *Archives of General Psychiatry*, 56, 457–463. doi:10.1001/archpsyc.56.5.457.
- DeSocio, J. (2004). Children's Mental Health and School Success. *The Journal of School Nursing*. 20, 4, 189–196.
- Erkolahti, R. 2006. Nuorisopsykiatrinen osastohoito. Teoksessa: Laukkanen, E., Marttunen, M., Miettinen S. & Pietikäinen, M. (toim.) Nuoren psyykkisten ongelmien kohtaaminen. Helsinki, Kustannus Oy Duodecim, 208–215.
- Freudenberg, N. & Ruglis, J. (2007) Reframing School Dropout as a Public Health Issue. *Preventing Chronic Disease*. 4(4). http://www.cdc.gov/pcd/issues/2007/oct/07_0063.htm. (Katsottu 27.1.2015).
- Fröjd S., Nissinen, E., Pelkonen, M., Marttunen, M., Koivisto, A-M., Kaltiala-Heino, R. (2008) Depression and school performance in middle adolescent boys and girls. *Journal of Adolescence*, 31, 4, 485–498.
- Green, J., Howes, F., Waters, E., Maher, E. & Oberklaid, F. (2005). Promoting the social and emotional health of primary school-aged children: Reviewing the evidence base for school-based interventions. *International Journal of Mental Health Promotion*, 7, 30–36. DOI:10.1080/14623730.2005.9721872

- Greenberg, M., Weissberg, R., O'Brien, M., Zins, J., Fredericks, L., Resnik, H. & Elias, M. (2003). Enhancing school-based prevention and youth development through coordinated social, emotional, and academic learning. *American Psychologist*, 58, 466–474. DOI: 10.1037/0003-066X.58.6-7.466
- Hamilton-Roberts, A. (2012). A proposed model for predicting the willingness of mainstream secondary teachers to support the mental health needs of pupils. Cardiff University, School of Psychology, Cardiff.
- Hannukkala, M. & Salonen, K. (2005). Hyvän mielen koulu: mielenterveys lapsuuden ja nuoruuden voimaksi. Suomen mielenterveysseura, Helsinki.
- Headley, C. & Campbell, M. (2011). Teachers' recognition and referral of anxiety disorders in primary school children. *Australian Journal of Educational & Developmental Psychology*, 11, 78–90.
- Honkanen, M., Moilanen, I., Taanila, A., Hurtig, T. & Koivumaa-Honkanen, H. (2010). Luokanopettaja lapsen mielenterveyden edistäjänä ja ennustajana. *Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim* 126, 277-82.
- Honkanen, M., Hurtig, T., Taanila, A., Moilanen, I., Koponen, H., Mäki, P., Veijola, J., Puustjärvi, A., Ebeling, H. & Koivumaa-Honkanen H. (2011). Teachers' assessments of children aged eight predict life satisfaction in adolescence. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 20,469–479. DOI 10.1007/s00787-011-0200-6
- Hovila, H. (2004). Opettajan ja oppilaan kohtaaminen koulusituaatiossa. *Acta Universitatis Tamperensis*, 1031.
- Huisman, T. 2006. Luen, kirjoitan ja ratkaisen. Peruskoulun kolmasluokkalaisten oppimistulokset äidinkieliessä ja kirjallisuudessa sekä matematiikassa. Oppimistulosten arviointi 7/2006. Helsinki, Opetushallitus.
- IBM Corp. (2013). IBM SPSS Statistics for Windows, Version 22.0. Armonk, NY, IBM Corp.
- Ikonen, O. & Virtanen, P. (2007a). Hyvä oppimisympäristö. Teoksessa: Ikonen, O. & Virtanen, P. (toim.) *Erilainen oppija yhteiseen kouluun*. PS-kustannus, Jyväskylä, 241–256.
- Ikonen, O. & Virtanen P. (2007b). Oppilashuolto ja oppilaanohjaus tukevat yksilöä ryhmässä. Teoksessa: Ikonen, O. & Virtanen P. (toim.) *Erilainen oppija yhteiseen kouluun*. PS-kustannus, Jyväskylä, 121–130.

- Ilomäki, E., Räsänen, P., Viilo, K., Hakko, H., Study-70 Workgroup. (2007). Suicidal behavior among adolescents with conduct disorder – the role of alcohol dependence. *Psychiatry Research*. 150, 305–311.
- Isohanni I, Järvelin M-R, Nieminen P, Jones P, Rantakallio P, Jokelainen J, Isohanni M. (1998). School performance as a predictor of psychiatric hospitalization in adult life. A 28-year follow-up in the Finnish 1966 birth cohort. *Psychological Medicine* 28, 967–974.
- Isohanni, I. (2000). Education and mental disorders. A 31year followup in the Northern Finland 1966 Birth Cohort. *Acta Universitatis Ouluensis. Medica D617*. Oulu, Oulu University Press.
- Jakonen, S., Tervonen, E., Moilanen, A., Eskelinen, M., Kallinen, S., Kähkönen, E. et al. (2001). Terveys ja hyvinvointi kouluyhteisössä – Kiva Koulu -kehittämishankkeen (1996–2000) toiminta ja arviointi. Itä-Suomen lääninhallituksen julkaisuja 47. Itä-Suomen lääninhallitus, Joensuu.
- Jakonen, S. 2006. Kouluterveydenhuollon merkitys. Teoksessa: Laukkanen, E., Marttunen, M., Miettinen S. & Pietikäinen, M. (toim.) Nuoren psyykkisten ongelmien kohtaaminen. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 156–164.
- Kaltiala-Heino, R., Rimpelä M., Marttunen M., Rimpelä A. & Rantanen P. (1999). Bullying, depression, and suicidal ideation in Finnish adolescents: school survey. *British Medical Journal*, 319, 348–351.
- Kaltiala-Heino R., Ranta K. & Fröjd S. (2010). Nuorten mielenterveys koulumaailmassa. *Duodecim*, 126, 17, 2033–2039.
- Kansanen, P. (2004). Opetuksen käsitemaailma. PS-kustannus, Jyväskylä.
- Kaufman, J., Birmaher, B., Brent, D., Rao, U., Flynn, C., Moreci, P., Williamson, D., Ryan, N. (1997). Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School-Age Children-Present and Lifetime Version (K-SADS-PL): initial reliability and validity data. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 36, 980–988.
- Kaukiainen, A., Salmivalli, C., Lagerspetz, K., Tamminen, M., Vauras, M., Mäki, H. and Poskiparta, E. (2002). Learning difficulties, social intelligence, and self-concept: Connections to bully-victim problems. *Scandinavian Journal of Psychology*, 43, 269–278. DOI: 10.1111/1467-9450.00295
- Ketokivi, M. (2011). Tilastollinen päättely ja tieteellinen argumentointi. *Gaudeamus*, Helsinki.

- Kerlinger, F.N. (1977). *Foundations of behavioral research*. Second edition. Holt, Rinehart and Winston, New York.
- Kokkevi, A. & Hartgers, C. (1995) European adaptation of a multidimensional assessment instrument for drug and alcohol dependents. *European Addiction Research*, 1, 208–210.
- Konu, A. (2002). *Oppilaiden hyvinvointi koulussa*. Acta Universitatis Tamperensis 887.
- Konu, A. & Gråsten-Salonen, H. (2004). *Koulumiete-projekti – Koululaisten mielenterveyden ja hyvinvoinnin edistäminen Pirkanmaalla*. Pirkanmaan sairaanhoitopiirin julkaisu 8/2004. Tampereen yliopistopaino, Tampere.
- Laajasalo, T. & Pirkola, S. (2012). *Ennen kuin on liian myöhäistä – ehkäisevän mielenterveyden toimivia käytäntöjä palvelujärjestelmän kehittäjille*. Terveystieteiden tutkimuskeskuksen raportti 47/2012, Tampere.
- Lahelma, E. (2009). Tytöt, pojat ja kysymys koulumenestyksestä. Teoksessa: Ojala H., Palmu, T. & Saarinen J. (toim.). *Sukupuoli ja toimijuus koulutuksessa*. Tampere, Vastapaino, 136–156.
- Launonen, L. & Pulkkinen, L. (2004). *Syrjäytymisen ennalta ehkäiseminen*. Teoksessa: Launonen, L. & Pulkkinen, L. (toim.). *Koulu kasvuyhteisönä*. Opetus 2000. Jyväskylä, PS-kustannus, 40–45.
- Launonen L. (2007). *Koulun arvotietoisuus*. Teoksessa: Ikonen, O. & Virtanen, P. (toim.). *Erilainen oppija yhteiseen kouluun*. PS-kustannus, Jyväskylä, 133–140.
- Loades, M. E., & Mastroiannopoulou, K. (2010). Teachers' recognition of children's mental health problems. *Child and Adolescent Mental Health*, 15, 150–156. DOI:10.1111/j.1475-3588.2009.00551.x
- Luukkonen A-H. (2010). *Bullying behaviour in relation to psychiatric disorders, suicidality and criminal offences. A Study of under-age adolescent inpatients in Northern Finland*. Acta Universitatis Ouluensis. Medica D1072, Oulu, Oulu University Press.
- Luukkonen, A-H., Räsänen, P. Hakko, H., Riala, K & Study-70 Workgroup (2010). *Bullying behavior in relation to psychiatric disorders and physical health among adolescents: A clinical cohort of 508 underage inpatient adolescents in Northern Finland*. *Psychiatry Research*, 178, 166–170.
- Lyytinen H. 2004. *Sukupuoli ja oppimisvaikeudet*. Teoksessa: *Koulu – sukupuoli – oppimistulokset*. Helsinki, Opetushallitus, 21–28.

- Lönnqvist, J. & Lehtonen, J. (2011). Psykiatria ja mielenterveys. Teoksessa: Lönnqvist, J., Henriksson, M., Marttunen, M. & Partonen, T. (toim.). Psykiatria. Helsinki, Kustannus Oy Duodecim, 12–31.
- Marttunen, M. & Kaltiala-Heino R. (2011). Nuorisopsykiatria. Teoksessa: Lönnqvist, J., Henriksson, M., Marttunen, M. & Partonen T. (toim.). Psykiatria. Helsinki, Kustannus Oy Duodecim, 562–593.
- Marttunen, M. & Karlsson, L. (2013). Nuoruus ja mielenterveys. Teoksessa: Marttunen, M., Huurre, T., Strandholm, T., Viialainen, R. (toim.). Nuorten mielenterveyshäiriöt. Opas nuorten parissa työskenteleville aikuisille. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos, Tampere, 7–14.
- Metsämuuronen, J. (2003). Tutkimuksen tekemisen perusteet ihmistieteissä. Gummerus, Jyväskylä.
- Moor, S., Maguire, A., McQueen, H., Wells, J., Elton, R., Wrate, R. & Blair C. (2007.) Improving the recognition of depression in adolescence: Can we teach the teachers? *Journal of Adolescence* 30, 2081–2095.
- Mustaparta A-K. & Nyyssölä, K. (2004). Johdanto. Teoksessa: Koulu – sukupuoli – oppimistulokset. Opetushallitus, Helsinki, 5–9.
- Opetushallitus (2004). Perusopetuksen opetussuunnitelman perusteet. Opetus- ja kulttuuriministeriö. Ett uppföljningssystem för barnpolitiken - Indikaattorit ja niiden saatavuus Suomessa. Taulukko 3.2. http://www.minedu.fi/.../lapset.../lapsi-indikaattorit_taista-ja_metatietoineen.xls. (Katsottu, 2.3.2015).
- Piispanen, M. (2008). Hyvä oppimisympäristö. Oppilaiden, vanhempien ja opettajien hyvinvointien kohtaaminen peruskoulussa. Jyväskylän yliopisto. Kasvatustieteen laitos.
- Poutala, M. (2010). Opettajan valta ja vastuu. PS-kustannus, Jyväskylä.
- Raitasalo, R. & Maaniemi, K. (2011), Nuorten mielenterveyden häiriöiden aiheuttamat sairauspoissaolot ja työkyvyttömyys vuosina 2004–2009. Kela, Helsinki Nettityöpäpöreita 23/2011.
- Rickwood, D. (2005). Supporting young people at school with high mental health needs. *Australian Journal of Guidance and Counselling*, 15, 137–155. DOI:10.1375/ajgc.15.2.137
- Roth, D., Leavey, G. & Best, R. (2008). On the front-line: Teachers as active observers of pupils' mental health. *Teaching and Teacher Education*. 24, 5, 1217–1231.
- Sahlberg, P. (1998). Opettajana koulun muutoksessa. Opetus 2000, Juva.

- Salonen, P., Aromaa, M., Rautava, P., Suominen, S., Alin, J. & Liuksila P. (2004). Miten suomalainen koululainen voi? Viidennen luokan laajennetun terveystarkastuksen keskeisiä löydöksiä. *Duodecim*, 120, 563–569.
- Savolainen, T. (2010). Haastava nuori ja koulunkäynti – opas opettajille. Opetushallituksen SAIREKE-hankkeen materiaaleja 2010. Haettu osoitteesta http://www.kalliomaa.net/opas_haastava_2012.pdf
- Tikkanen, V., Alaräisänen, A., Hakko, H., Räsänen, P., Riala, K. & the Study-70 workgroup. (2009). Psychotic boys performing well in school are at increased risk of suicidal ideation. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 63, 30-36. DOI:10.1111/j.1440-1819.2008.01887.x
- Uhari, M. & Nieminen, P. (2001). *Epidemiologia ja biostatistiikka*. Duodecim, Jyväskylä.
- Uusikylä, K. (2006a). *Hyvä, paha opettaja*. Jyväskylä, Gummerus Kirjapaino.
- Uusikylä, K. (2006b). Koulu oppimisympäristönä. Teoksessa: Perkiö-Mäkelä, M., Nevala, N. & Laine, V. *Hyvä koulu*. Helsinki, Terveyslaitos, 11–28.
- Vitikka, E. (2009). Opetussuunnitelman mallin jäsenyys. Sisältö ja pedagogiikka kokonaisuuden rakentajina. *Kasvatusalan tutkimuksia 44*. Jyväskylä, Suomen kasvatustieteellinen seura.
- Wyn, J., Cahill, H., Holdsworth, R., Rowling, L. & Carson, S. (2000). MindMatters, a whole-school approach promoting mental health and wellbeing. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 34, 594–601.

